Aus dem Kinderspital Zürich.

Beiträge

zur

Lehre von den Geistesstörungen im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines Doctor medicinae.

Der hohen medizinischen Facultät

der

Universität Zürich

vorgelegt von

PAUL MAAG, cand. med.

von Zürich.

Genehmigt auf Antrag von Herr Prof. Osc. WYSS.

ZÜRICH
Druck von HOFER & Co.
1901.

Aus dem Kinderspital Zürich.

Beiträge

zur

Lehre von den Geistesstörungen im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Würde eines Doctor medicinae.

Der hohen medizinischen Facultät

der

Universität Zürich

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

vorgelegt von

PAUL MAAG, cand. med.

von Zürich.

Genehmigt auf Antrag von Herr Prof. Osc. WYSS.

ZÜRICH
Druck von HOFER & Co.
1901.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549811_0091

Meiner lieben Mutter

in

herzlicher Dankbarkeit

zugeeignet.

Das Gebiet der Kinderpsychosen war noch vor zwei Jahrzehnten kaum mehr als eine terra incognita. Zwar reichen vereinzelte Beobachtungen viel weiter zurück, so beispielsweise solche von Friedreich 1834, Griesinger 1845, West 1854—1860, Conolly und Esquirol und andern, allein bis aufs letzte Jahrzehnt finden wir von einer irgendwie systematischen Behandlung der Materie keine Spur. Die Grundlage zu einer solchen bot recht eigentlich H. Mandsley, durch seine berühmte Physiologie und Pathologie der Seele 1867. Seine Ausführungen, die freilich späterhin vielfach korrigirt werden mussten, sind von bestimmendem Einflusse gewesen auf alle nachherigen Versuche, den Begriff des jugendlichen Irreseins umfassend zur Darstellung zu bringen. Von diesen verdienen hauptsächlich zwei Arbeiten Erwähnung, diejenige von Emminghaus 1887 [1]) und eine von Moreau 1889. [2]) Beide sind vollkommen unabhängig von einander geschrieben, und beide sind nach unsern heutigen Anschauungen erweiterungsbedürftig. Während Mandsley sich gelegentlich äusserte, dass im Kindesalter alle geistigen Störungen, die wir bei Erwachsenen treffen, möglich seien und thatsächlich vorkämen, mit der einzigen Ausnahme der „progr. Paralyse", erklärt Emminghaus sehr bestimmt, dass auch „gewisse Formen der Paranoia" undenkbar seien, dass aber anderseits das Kindesalter spezifische psychische Krankheitsbilder aufweise, die in andern Altersstufen nicht zu beobachten seien. Auch Moreau steht wohl auf diesem Standpunkt; über die progressive Paralyse äussert er sich nicht.

---

[1]) Emminghaus: Die psych. Störungen des Kindesalters.

[2]) Moreau: La folie chez les enfants (deutsch von Galatti).

Seither ist vieles anders geworden. Die Beobachtungen haben sich gemehrt und man hat mehr beobachtet, so dass wir heute sagen können, dass das Kindesalter keine einzige Irreseinsform zeigt, die von den bei Erwachsenen beschriebenen prinzipiell abweichen würde. Freilich, Modifikationen sind da, wie das ja bei der erst werdenden Psyche des Kindes, seiner Unreife, seinem unfertigen Fassen, Denken und Wollen selbstverständlich ist; grundlegende Unterschiede aber existiren nicht.

Gegenüber der Zahl der geistigen Erkrankungen der höhern Altersstufen ist diejenige des Kindesalters ganz verschwindend klein, und die wenigsten Fälle kommen zur klinischen Beobachtung. Es mag das daran liegen, dass einmal der Verlauf sehr oft ein zu rascher ist, zum andern daran, dass die Eltern ihre Kleinen nicht von sich geben, so lange die Hausbehandlung noch irgendwie angeht. Darum sind es denn fast ausschliesslich die chronischen Irreseinformen, mit denen die öffentlichen Anstalten sich zu beschäftigen haben, vornehmlich die Epilepsie und die Idiotie in ihren verschiedenen Abstufungen; wir werden aber sehen, dass anderseits doch die progressive Paralyse, wiewohl an sich ein eminent chronisches Leiden, ihres eigenartigen Verlaufes wegen nur in Ausnahmefällen der Spitalbehandlung zufällt.

Die erdrückende Mehrzahl der Beobachtungen über Kinderpsychosen stammt darum von Kinderärzten oder aus Kinderkrankenhäusern. Einem solchen, dem Eleonorenstift in Zürich, ist auch das Material zu eigen, das ich hier zusammengestellt und durch Erhebung der Katamnese ergänzt habe. Diese erstreckt sich zum Teil über sehr beträchtliche Zeiträume, mehrmals über 15—25 Jahre. Es sind im Ganzen 29 Fälle, wovon 22 in die Kategorie des hysterischen Irreseins und drei auf die progressive Paralyse fallen; die vier übrigen lassen sich zur Zeit nicht befriedigend klassifizieren.

Es ist verständlich, dass in einer stark frequentierten Kinderklinik den Details der Anamnese und der Krankengeschichte nicht diejenige Sorgfalt zugewendet werden kann,

welche für eine spätere wissenschaftliche Verarbeitung der Materie wünschenswert wäre; selbst da, wo Wille, Zeit und Einsicht vorhanden wären, zeigen sich noch Schwierigkeiten, die nicht zu umgehen sind. Ich habe mich bemüht, die Katamnesen so vollständig als möglich zu erheben, aber wenn es mir auch gelang da und dort wichtige Einzelheiten zu eruieren und nachträglich der Krankengeschichte einzuverleiben, so muss ich doch mit Bedauern bekennen, dass ich mein Ziel kaum annähernd erreicht habe. Die Gründe dafür sind mehrfache: Teils waren es Rücksichten der Decenz, teils unfreundliche Aufnahme von Seiten der Patienten oder ihrer Angehörigen; in einigen Fällen die Unmöglichkeit, die ehemaligen Kranken persönlich sehen und befragen zu können, oder auch das Unvermögen derselben, über die vor 10—20 Jahren überstandene Krankheit in wichtigen Detailfragen sich genügend sicher zu erinnern, teils endlich kommt gewiss auch meine eigene Unerfahrenheit in vielen dieser Fragen mit in Betracht. Briefliche Anfragen wurden mit einer einzigen Ausnahme durchweg ungenügend beantwortet. Trotzdem habe ich die Zuversicht, dass die vorliegende Arbeit allerlei Beachtenswertes zu bieten vermag und also wohl existenzberechtigt ist.

Ich beginne die Besprechungen mit der Kinderhysterie und möchte nur noch, um Unklarheiten auszuschliessen, einschalten, dass in der Regel unter Kindesalter der Zeitraum zwischen Geburt und Geschlechtsreife verstanden wird, in unseren Breitegraden also etwa die 15 ersten Lebensjahre.

I.

Das hysterische Irresein bei Kindern.

Das Studium der folgenden Krankengeschichten ergibt zunächst einige markante Unterschiede in den Aeusserungen der Jugend- und Altershysterie, auf die wir aufmerksam machen werden, aber es zeigt uns auch, dass das Wesen der Erkrankungen doch wohl für beide Formen dasselbe ist. Wir haben es zu thun mit krankhaften, bestimmt oder unbestimmt lokalisierten Vorgängen im Nervensystem, die in eigenartiger und merkwürdig bestimmender Weise bald beängstigend, bald das Selbstbewusstsein steigernd, auf die Persönlichkeit einwirken. Während ein Kranker mit natürlichem Wollen sich in Gegensatz stellt zu seinen krankhaften Sensationen, sie nicht will, sie verneint, von sich weist, sich gegen sie verteidigt als gegen etwas Fremdartiges, ihm Feindliches, finden wir hier einen Leidenden, dessen Willen durch eigenartige Vorstellungen oder innere Einflüsse auf sein Empfindungsleben so sehr der normalen Aeusserung verlustig geht, dass er selbst als Knecht der Gefühlssphäre des Seelenlebens erscheinen kann. Daher die bedauerliche Willenlosigkeit, die Unfähigkeit der Selbstbeherrschung, der Mangel an Selbstachtung, das Sichgefallen in seinem widerwärtigen Zustande, ein Verlust des Schamgefühles gegenüber der Umgebung mit all den traurigen Consequenzen, die solche psychischen Blössen notwendig nach sich ziehen: Lüge, Ränkesucht, Verstellung, Trotz, Eigensinn, Hochmut, Lieblosigkeit, Rohheit u. s. w. Diese Anschauung lässt denn auch sofort verstehen, dass das Wesentliche am ganzen Krankheitsprozess, die Grundlage, auf der sich alles abspielt und die man die hyster. Disposition genannt hat, wohl kaum durch eine kurze Behandlung irgendwelcher Art nennenswert verändert werden kann, dass vielmehr lediglich die momentanen Aeusserungen dieses pathologischen Urgrundes, die uns wie eine Kette von lauter

sonderbaren Zufällen erscheinen, weggenommen werden können. Im Uebrigen muss der hysterisch Veranlagte durch eine weise Erziehung, ein Erwachsener durch Selbstzucht, und beide durch eine fortlaufende Kräftigung der physischen Constitution aus ihrer fatalen Disposition „herauswachsen", was freilich rascher gesagt, als gethan ist.

Die auslösenden Momente, welche die latenten Reizzustände im Nervensystem eines solchen Individuums in aktuelle überführen, können sehr mannigfacher Natur sein. Oft sind es psychische Vorgänge — gewisse Vorstellungen im Anschluss an Sinneswahrnehmungen, oder auch unvermittelt ins Bewusstsein tretende — in andern Fällen kann die Reizquelle eine somatische oder äussere sein; vielfach lässt sie sich gar nicht eruieren. Unter den somatischen nimmt bei Erwachsenen der Genitalapparat eine nicht unbedeutende Stelle ein, bei Kindern dagegen fällt er fast ausser Betracht, da ja in dieser Lebensperiode von einer Funktion dieser Teile noch nicht die Rede sein kann. Gerade hier zeigt sich, wie einseitig die frühere Auffassung der hyster. Erkrankung war, die dem Leiden auch den Namen aufgeprägt hat. Denn wie bei Kindern Reizzustände in allen möglichen Organen und Organteilen hysterische Aeusserungen auszulösen vermögen, so auch bei Erwachsenen. Damit steht in Einklang die Thatsache, dass im Rückbildungsalter Krankheitsbilder auftreten, die genetisch der Hysterie gleichwertig sind, und wiederum, dass gelegentlich unter dem Einflusse irgendwelcher, die physische Organisation tief erschütternder Umstände, vorübergehend echt hysterische Symptome als Begleiterscheinungen aufzutreten pflegen.

Untersuchen wir nun unsere Krankengeschichten auf diese auslösenden Momente hin, die uns zum grossen Teil kurzweg als Symptome der Krankheit erscheinen, so finden wir folgendes: Mit am häufigsten klagen die Kranken über fliegende oder bestimmt lokalisierte Schmerzen bald im Kopf, in der Orbita, in einem der innern Organe, den Extremitäten, bald im Verlaufe eines bestimmten Nerven, bald der Wirbelsäule entlang, oder in irgend einem Gelenk. Dann über

Müdigkeit in den Beinen, allgemeine Abgeschlagenheit, Gefühle von Steifigkeit in den Gliedern oder des Geschnürtwerdens, über Kribbeln und Ameisenlaufen, Kratzen und Stechen im Hals und andern Teilen, über Hitze- und Kältegefühle, Erbeben des ganzen Körpers, allgemeines Unbehagen, Herzklopfen, Athemnot, Uebligkeit, Ohnmachtsanwandlungen, Schlafsucht u. s. w. Oft fühlen sie sich auffällig gereizt, oder sie erscheinen ihrer Umgebung so; sie sind unvertragsam, alles fordert ihren Widerspruch heraus, sie empfinden einen unüberwindlichen Ekel vor gewissen Speisen, Personen, Gegenständen, Tieren. Die Gemeingefühle (Hunger, Durst, Schlaf, Arbeitslust, etc.) können gesteigert sein, aber auch ganz und gar fehlen.

Von grosser Bedeutung sind gewisse Vorstellungen, welche die Kranken sich machen, sei es um irgend einen Zweck oder Vorteil zu erreichen, sei es unbewusst nach Art einer Zwangsvorstellung; auch schreckhafte Erinnerungen spielen eine wichtige Rolle. Während solche Vorstellungen ganz direkt und urplötzlich einen „hysterischen Anfall“ auszulösen vermögen, scheint den somatischen Sensationen mehr die Rolle von Prodromen zuzufallen oder von Nacherscheinungen nach Anfällen. Hier können sie sich oft noch Monate und länger behaupten. Umgekehrt können die erwähnten Vorstellungen das Leiden auch unterdrücken oder beseitigen, wie wir aus Nr. 10 (pag. 44) sehen, wo die Furcht vor dem elektrisieren die Anfälle 2½ Jahre hintanhielt, dann aus Fall 12, (pag. 51) wo das Versprechen der baldigen Entlassung, ein ander Mal die Androhung einer gefässlichen Operation, Nr. 7 (pag. 38), eines unangenehmen oder beängstigenden Eingriffes, die Furcht vor Kaltwasserbegiessungen oder vor körperlicher Züchtigung, rasche Heilung brachte. In andern Fällen gelingt es durch Ablenkung der Gedanken auf andere Gebiete, oder durch irgend eine List, einen glücklichen Kniff, die Erscheinungen zu unterdrücken. Gerade hiefür ist Fall 1 (pag. 22) sehr instruktiv. Alle diese Beispiele illustrieren den ausserordentlichen Einfluss von psychischen Vorgängen auf das physische Verhalten des Organismus eines hysterisch Veranlagten; das

körperliche Leiden ist sehr oft nur die notwendige Folge psychischer Vorstellungen. Das erklärt auch den oft so verblüffenden Wechsel der Krankheitszeichen, das plötzliche Kommen und Wiederverschwinden von Anfällen. Schon Lange hat darauf hingewiesen, dass diese Thatsache einigermassen charakteristisch ist für Kinderhysterie. Wir finden sie zwar auch bei Erwachsenen, aber keineswegs so allgemein (Schmidt's Jahrbuch 1877, Band 176. Citat von Riesenfeld, Dissertation Kiel 1887.)

Die Beobachtungen Nr. 11 (pag. 50) und 13 (pag. 54) machen es wahrscheinlich, dass die Reizerreger mitunter in Toxinen unbekannter Natur zu suchen sind, deren Entfernung durch ein Exanthem oder Enanthem, einen Abscess, ein Panaritium oder, wie andere Mitteilungen zeigen, durch den Harn oder die Faeces (Durchfälle) die krankhaften Erscheinungen sehr rasch zum Verschwinden bringen. Henoch erwähnt einen Fall von plötzlich aufgetretenen Delirien und Hallucinationen neben leichten Convulsionen, wo nach Ausbruch der Masern am dritten Tage sofort bleibende Heilung eintrat. (Vorlesungen über Kinderkrankheiten pag. 183). Eine Parallelerscheinung finden wir im Eintritt der Menses, die in vielen Fällen beruhigend wirkte (pag. 45, 61. 66) den hysterischen Charakter geradezu zur Norm umgestaltete (pag. 63, 70, 74). Das Gleiche gilt von einem geordneten Eheleben. Andrerseits muss freilich gesagt werden, dass die mit der kommenden Menstruation verbundenen Sensationen und Vorstellungen auch die Ursache hysterischer Anfälle werden können. Wiederum sehen wir unter dem Einfluss einer hysterischen Konstitution die Menses oft zu früh einsetzen (pag. 60, 63, 66) und nur selten wirklich geordnet. Sehr oft finden wir ausgesprochene Dysmenorrhoe, nicht selten hartnäckige Menorrhogien mit ernsten Folgen (pag. 50 60).

Gelegentlich kann die Reizquelle im Druck einer Struma, von Drüsenpacketen oder Neubildung auf einen benachbarten Nerven zu suchen sein, oder es liegt der Reiz in den abnormen Vorgängen innerhalb dieser Gebilde selbst, über die wir freilich nichts Genaues aussagen können. Es liegt

auf der Hand, dass auch Circulationsstörungen einen ähnlichen Effekt auslösen dürften, wiewohl wir nur ungern mit diesem vagen Begriff arbeiten. Zweimal finden wir Excesse im Alkoholgenuss (pag. 38, 45) und die Onanie als Krankheitsursache (pag. 23, 30) Bei der Onanie ist darauf hinzuweisen, dass dieses Laster, in den Jahren vor der Geschlechtsreife geübt, wohl immer bedingt ist durch bereits irgendwo im Gebiete der Fortpflanzungsapparate wirksame Reizzustände ganz primärer Art. Selbstverständlich steigert ihre Befriedigung die Erregung und untergräbt die Nervenkraft, worüber Henoch in den erwähnten Vorlesungen einen äusserst drastischen Fall erzählt. Es verdient aber immer wieder in Erinnerung gebracht zu werden, dass die geschlechtliche Erregung bei der Hysterie meist nur sehr mässig hervortritt, im Gegensatz zu andern Psychosen, wo sie eine fast ständige Erscheinung ist.

Eine bedeutsame Rolle spielen nach allen Autoren Erziehungsfehler, Verzärtelung im Empfindungsleben und Verweichlichung. Aus unserm Material lassen sich vielleicht Nr. 3, 16, 17 hier einreihen; die andern Krankengeschichten bieten keine Anhaltspunkte, doch ist es sehr wohl denkbar, dass Hausärzte, die mit den Verhältnissen und der nähern Umgebung der Kranken vertraut waren, manchen wertvollen Aufschluss zu geben in der Lage gewesen wären.

Weiterhin finden wir unter den auslösenden Ursachen intercurrente Krankheiten, wobei namentlich Pneumonie und Diphtherie in Betracht kommen (pag. 29, 59, 60). Dann physische und psychische Traumata, körperliche Züchtigung (pag. 40, 48), Décanulement (pag. 22), Barometerminima (pag. 30), Versagen von Wünschen (pag. 26), Enttäuschungen, Phantasiebilder, das Anhören oder Schauen von widerwärtigen Scenen wie Familienzwisten, epileptischen Insulten und dergleichen, und als letztes Glied Ueberanstrengung in der Schule (pag. 30, 40, 34, 56) und im häuslichen Leben (pag. 41). Von andrer Seite werden noch eine Reihe weiterer Momente namhaft gemacht, woraus nur hervorgeht dass unter geeigneten Bedingungen jeder beliebige innere

oder äussere Reiz die latente Krankheit actuell gestalten kann. Vielfach sucht man vergebens nach der causa efficiens.

Von den 22 Fällen treffen 18 weibliche und nur vier männliche Individuen. Ihr Alter schwankt zwischen 4 und 14 Jahren. In 15 Fällen ist hereditäre Belastung nachzuweisen, in den 7 übrigen teils gar nicht, teils nicht mit Sicherheit. Die Classification ist folgende: Es fallen unter

1) direkte psychopatische Belastung (Geisteskrankheit bei den Eltern) zwei Fälle; beide geheilt.
2) indirekte psychopatische Belastung (Geisteskrankheit bei den Grosseltern oder deren Geschwister) drei Fälle, davon zwei ungeheilt.
3) direkte neuropatische Belastung (Vater oder Mutter, oder beide Gatten Nervenleidend, nervös, leicht erregbar, schrecksam) fünf Fälle; alle geheilt,
4) allgemeine physische Belastung:
   a) durch chron. Alkoholismus der Eltern oder Grosseltern, 4 Fälle. Davon drei geheilt, bei einem die Heilung wahrscheinlich.
      (Direkte Exzesse in Alkoholicis 2 Fälle; beide ungeheilt).
   b) durch rheumatische Affectionen der Eltern mit Vitium cordis 2 Fälle, davon einer ungeheilt.
   c) durch chron. Exantheme des Vaters 1 Fall; geheilt.
   d) durch allgemeine konstitut. Schwäche der Mutter, 1 Fall; geheilt.

Verschiedentlich kombinieren sich die erwähnten Zustände. Fünf Mal gesellt sich zu ihnen Phthise hinzu, doch ist eine Ausscheidung hier unmöglich, da anamnestisch nicht notiert ist, ob das Lungenleiden der Eltern oder des einen der Ehegatten schon vor der Zeugung des späterhin erkrankten Kindes bestand, oder ob es erst nachher auftrat.

Dass die hysterische Disposition durch schwere Krankheiten oder Traumata erworben werden kann, zumal bei Schwächlingen, darf als erwiesen betrachtet werden und wurde schon Eingangs kurz berührt (pag. 29, 59/60). Diese erworbene Hysterie scheint sich prognostisch etwas günstiger

zu stellen als die hereditäre Form, was schon a priori erwartet wird.

Die Prognose der Kinderhysterie lernen wir im Ganzen als durchaus gut kennen; jedenfalls ist sie viel besser, als diejenige der Hysterie bei Erwachsenen. Der Grund dafür scheint mir darin zu liegen, dass die Jugenderkrankung nur in Ausnahmefällen mit dem Charakter (vielleicht sage ich besser der Egoität) des Individuums inniger verwoben ist. Das Kind hat noch keinen bestimmt ausgesprochenen Charakter; es ist in dieser Richtung noch zu unfertig; seine Egoität ist noch zu wenig selbstbewusst. Zwar wohl in Sonderstellung gegen ihre Umgebung, aber durch die verschiedenen Wirkungsweisen dieser Umgebung zu leicht beeinflussbar. Es ist naiv im edelsten Sinne des Wortes, denn in der Naivetät liegt Verwunderung, Sorglosigkeit, vertrauensvolle Hingabe, mehr als Gedankenlosigkeit. Das Kind kennt noch nicht den Weltschmerz; alles Momente, die uns seine leichte Bestimmbarkeit nach der einen oder andern Richtung wohl verständlich machen. Und wie die kindliche Psyche eine werdende ist, so auch die Physis, was uns erklärt, wie unter dem beständigen, tiefgreifenden Einfluss dieser Umbildung die sich gestaltende Persönlichkeit aus angebornen Fehlern und Schwächen herauswachsen kann, wenn dazu nur die Bedingungen geboten werden. Von unsern Kindern wurden 13 bleibend durch einmaligen Anstaltsaufenthalt geheilt; bei vieren folgte ein Recidiv und erst dann definitive Heilung; vier blieben ungeheilt, doch ist bei zweien Heilung noch in Aussicht; einer starb. Von den 11 Schwerbelasteten wurden 7 bleibend in erster Kur geheilt, einer nach einem Rezidiv, drei fallen auf die Ungeheilten. Ich erwähnte bereits, dass mitunter gewisse Schwächezustände und Reizerscheinungen die Heilung der manifesten Hysterie überdauern können, so Kopfschmerzen, Kopfdruck, mehr oder weniger rasch vorübergehende Unlustgefühle und Mattigkeit, wandernde Schmerzen, dysmenorrhoische Zeichen und dergleichen, aber wie unscheinbar sind diese Störungen im Vergleich zu dem bleibenden Erfolg — der Verhütung der scheusslichen Anfälle. Es

ist in der That erfreulich, zu konstatieren, dass die Geheilten ohne Ausnahme tüchtige, arbeitsame und durchaus selbständige Menschen geworden sind, und dass auch die Ungeheilten ihr eigenes Brod essen und nur vorübergehend in der Erwerbsthätigkeit gehindert sind — eine schöne Bestätigung der bebekannten Thatsache, dass die Hysterie den Intellekt kaum je tiefer stört. Nur in einem einzigen Fall blieben Charakterdefekte fortbestehen, (pag. 36) in andern verloren sie sich langsam nach Eintritt in die Geschlechtsreife (pag. 63, 71, 74).

Orientieren wir uns nun über die therapeutischen Massnahmen, die zu diesen erfreulichen Resultaten geführt haben. In Uebereinstimmung mit der Variabilität der besprochenen ursächlichen Momente sind auch sie ausserordentlich manigfaltig. Wir sondern sie zweckmässig in zwei Gruppen, einmal in solche während der Periode der manifesten Erscheinungen, und in solche während der Latenzzeit.

Ueber die Zeit der Anfälle greift die Behandlung zu allen nur möglichen Hülfsmitteln: Freundliches, überredendes, ernstes oder drohendes Zureden, ein scharfer Blick, ein fixer Kniff, irgend eine List, ein gutes Beispiel und tausend andre Massnahmen, die geeignet sind nachhaltige Gegenvorstellungen wider das Leiden in die kindliche Psyche einzupflanzen. In diesem Sinne wirken auch allerlei Wasseranwendungen, die Application des faradischen oder Inductionsstromes, aktive und passive Gymnastik, Massage, Medikamente, schmerzstillende Auflagen und ähnliches, passende Einteilung der Malzeiten, Fasten oder etwa eine kleine Vergünstigung u. s. w. u. s. w. Gerade von den Medikamenten dürfen wir mit Sicherheit annehmen, dass sie, wenn sie überhaupt eine Wirkung erzielen, suggestiv wirken. Eine Ausnahme macht nur das Morphin, das ab und zu palliativ wirklich gute Dienste thut. Brom und Chloral vermehrten in einem Fall die Erscheinungen. Sehr vielfach handelt es sich bei den hyster. Kindern um anaemische, schwach entwickelte Individuen; da mag man denn immerhin die Anaemie gleichzeitig mit dem Hauptübel bekämpfen, etwa wie es in einigen der folgenden Krankengeschichten notiert ist durch Eisenpräparate und laue

Bäder. Das wirksamste an der ganzen Behandlung bleibt aber unstreitig ein taktvolles, ruhiges und sicheres Auftreten gegenüber dem Kranken. Wenn es gelingt sein Vertrauen zu gewinnen, so wird man mit Hülfe dieses innern Connexes immer festigend auf seine Vorstellungen und Empfindungen einwirken und des Leidens Herr werden können. Von ganz vorzüglichem Einfluss ist nach vielen unsrer Beispiele eine sofortige Dislokation des Kranken in eine neue, verständnisvolle Umgebung, wie sie eben eine Anstalt bieten soll. Sie kann allein vollständig ausreichen das Leiden in kurzer Zeit zu heben (pag. 30, 44, 51, 57, 64), umgekehrt kann der Wiedereintritt in die alten Verhältnisse dasselbe ebenso rasch wieder wachrufen (pag. 27, 61, 63).

Mit Rücksicht auf die früher sehr beliebten „drastischen Eingriffe" will mir scheinen, dass man versuchen sollte ohne sie auszukommen. In der Regel treffen wir bei hyster. Konstitutionen eine ganz ausserordentliche Subtilität der Empfindungssphäre des Nervenlebens. Mitunter ist die Hyperaesthesie des Integumentes so ausgeprägt, wie kaum im Verlaufe einer Meningitis. Die leiseste Berührung wird schmerzhaft empfunden. Bei 14 (pag. 59) und 18 (pag. 64) steigerte leichter Druck auf's Abdomen oder die Ovarialgegend die Athemfrequenz bis auf 60 Inspirationen pro Minute; bei 5 und 22 (pag. 34, 72) löste ganz geringer Druck auf die Arm- oder Beinmuskulatur Zitterbewegungen und Zuckungen dieser Theile aus. Dass solche Patienten unter brüsker Behandlung sehr leiden und furchtbar geängstigt werden, ist augenscheinlich. (Vergl. Fall 3 und die Angabe von 10, dass sie aus Furcht vor dem elektrisieren über zwei Jahre die Anfälle zu unterdrücken vermochte.)

Im freien Intervall wurde ausschliesslich auf Allgemeinkräftigung Bedacht genommen, d. h. die Behandlung war hier rein diätetisch: Gute, einfache und reizlose Kost, passend verabreicht, viel Aufenthalt im Freien mit entsprechender Bewegung oder Beschäftigung, Licht und Luft in den Schlafräumen, Sorge für ungestörten Schlaf, für regelmässige Darmentleerung und geordnete Hautthätigkeit, vernünftige Ab-

härtung, Fernhalten psychischer Erregungen, Abstinenz von alkoholischen Getränken und anderes mehr. Was die Prophylaxis in der Erziehung zu erreichen suchen muss ergibt sich aus den jeweiligen besonderen Verhältnissen. Der Punkt ist wichtig, suchen doch hervorragende Autoren in einer verfehlten Erziehung das Grundübel der hyster. Erkrankung. Darüber mehr bei Besprechung der einzelnen Krankheitsbilder.

Wenn wir nun die Unterscheidungspunkte zwischen der Hysterie der Kinder und derjenigen der Erwachsenen ins Auge fassen, so werden wir erkennen, dass sie sich ausnahmslos aus der Verschiedenheit der psychischen Person beider Altersstufen herleiten lassen. Schon bei der Besprechung der Prognose erwähnte ich, dass bei Kindern nur selten der Charakter, die tiefste Ichheit, inniger mit der Krankheit verwoben erscheint. Beim Erwachsenen dagegen ist das vielfach der Fall und bildet ein sehr gravierendes Moment, durch das er häufig eine, man möchte fast sagen unbewusste, bleibende und tiefgreifende fatale Veränderung seiner psychischen Person erfährt. Für das Kind fällt dieses Moment weg; wir können von ihm nicht sagen, dass es, wie der Erwachsene, an seine Krankheit glaube. Seine geistige Persönlichkeit ist dazu noch viel zu wenig entwickelt, sie ist in jeder Hinsicht unfertig und darum nach allen Seiten leicht beeinflussbar, sehr rasch umstimmbar, wankelmütig und in hohem Masse ideenflüchtig. Der leitende Gedanke des Vorstellungsablaufes hat noch zu wenig Inhalt und alle äussern und innern Reize, so prompt und intensiv sie percipiert werden, werden doch überraschend schnell kraftlos und fallen in Vergessenheit. Als notwendiger Folgezustand dieser eigenartigen seelischen Konstitution ergibt sich denn auch das völlige Fehlen jeder ernsten Kritik. Darum lassen sich krankhafte Vorstellungen beim Kinde viel leichter beseitigen, als beim Erwachsenen, dessen Ueberlegungsvermögen und nicht selten läppische Abhängigkeit von der Umgebung einen Ideenwechsel meist ungemein erschweren.

Einen nicht zu unterschätzenden Vorsprung vor dem Erwachsenen hat das Kind weiterhin in seiner Stimmung, die durchaus zur Heiterkeit, zum Frohsinn tendiert, die noch keine Sorgen kennt und nicht zurückdressiert ist durch die tausenderlei Enttäuschungen und grössern oder kleinern Widerwärtigkeiten, die ein selbständig lebender Mensch notwendig passiren muss, um sich im Leben zu behaupten. Das Kind lebt im sorglosen Genuss der Gegenwart und das trägt ganz wesentlich mit dazu bei, dass peinliche Empfindungen und Unlustvorstellungen in ihrer Wirkung so viel weniger bestimmend auftreten, und bei weitem weniger anhaltend erscheinen als beim Erwachsenen. Diese Auffassung erhält durch die überraschenden Heilerfolge bei Jugendhysterie einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit. Während der Krankheitsverlauf beim Erwachsenen naturgemäss und ausnahmslos ein sehr langwieriger ist, und sich über Monate und Jahre erstreckt, so dürfen wir bei Kindern mit grosser Sicherheit mit Tagen und Wochen rechnen, ja es kann die erste Aeusserung der hyster. Anlage, etwa ein Anfall, der zur Anstaltsbehandlung geführt hat, sehr wohl auch die letzte sein. Beim Erwachsenen dagegen droht beständig das Recidiv, so oft es mit äusserster Anstrengung gelungen ist eine Form der Krankheitsäusserungen zu unterdrücken. Hier bleibt eben der hysterische Zustand, und damit auch die beständige Gefahr des Rückfalles, beim Kinde aber beobachten wir erfreulicherweise mit zunehmendem Alter und Kräftigung der Konstitution ein Heranwachsen aus der hysterischen Anlage. Selbst Charakterwiderwärtigkeiten können sich verlieren, wie wir schon vorführten; dagegen bleiben gerne Schwächezustände nicht spezifischer Art zurück, wie Kopfschmerz, Verdauungsanormalien, labiles Gemütsleben und Aehnliches, worüber wir auch oben einlässlicher sprachen; (Vergl. 4, 6, 12—15, 18, 21, 22.) Wir können uns mit Rücksicht auf die Stellungnahme der Beiden zur Behandlung etwa dahin ausdrücken, dass das Kind sich gegen die Heilbestrebungen neutral verhalten wird, der Erwachsene dagegen nicht: er widerstrebt im allgemeinen, denn er gefällt sich in seiner

Krankheit, die mit seinem Ich verwachsen ist und ihm das richtige Urteil darüber verunmöglicht.

Auffallend ist weiterhin bei der Jugendhysterie das starke Hervortreten und die grosse Mannigfaltigkeit der Motilitätsstörungen. Bilder wie diejenigen der Chorea major (aus unsern Beispielen Nr. 2, 3, 15 etc.) finden wir bei Erwachsenen doch nur ausnahmsweise. Beim Kinde sind sie recht eigentlich im Vordergrund. Es ist erstaunlich welch' unglaubliche Muskelleistungen hier produziert werden können; sie schneiden von vornherein jeden Gedanken an Simulation ab. Man kann sich fragen worauf wol das leichte Ueberstrahlen von Reizwellen aus dem Gebiete der Empfindung durch die Vorstellungssphäre hindurch auf das motorische Feld beruhen mag, ebenso, ob dabei das Vorstellungsgebiet überhaupt immer passirt wird. Das letztere ist sicherlich nicht der Fall, vielmehr handelt es sich gewiss oft um eine direkte Ueberleitung sensibler Reizzustände auf die motorischen Bahnen auf dem Wege der hiezu dienenden Einrichtungen im Gebiete der grauen Rückmarksubstanz, und das von der Psyche unabhängige Auftreten tonischer und clonischer Convulsionen der Extremitäten und der Rumpfmuskulatur. Denn wenn wir mit Recht für die Ecclampsia infantum und die bei Kindern im Verlaufe febriler Erkrankungen so häufig beobachteten Muskelzuckungen und ungewollten Bewegungen eine Beteiligung der Psyche ausschliessen, so dürfen wir gewiss eine ganze Reihe der im Verlaufe hysterischer Anfälle auftretenden Motilitätsstörungen ohne weiteres als Analoga der erwähnten Zustände betrachten. In sehr vielen Fällen dagegen ist das körperliche Verhalten entschieden der Ausdruck psychischer Vorstellungen und hier müssen die Reizwellen entweder die Vorstellungssphäre passiert haben oder in ihr selbst entstanden und auf das motorische Feld ausgetreten sein.

Dass dieser Vorgang beim Kinde erfahrungsgemäss so verblüffend leicht und rasch statt hat, kann verschieden gedeutet werden. Einmal neigt man dazu bei der hysterischen Disposition von einer abnormen Ansprechbarkeit der nervösen

Elemente zu sprechen, die erlaubt, dass Reizwellen auf Gebiete überstrahlen, zu denen die gewöhnlichen Reflexe auf bestimmte äussere Erregungen hin nicht zu gelangen pflegen. Dabei ist aber wohl zu beachten, dass diese erhöhte Ansprechbarkeit bis zu einem gewissen Grade eine immer vorhandene Eigentümlichkeit der kindlichen Psyche darstellt, und dass beim Kinde jeder Sinnesreiz unwillkürlich zu einem Wollen tendiert, d. h. zu einer Muskelaktion. Eine Parallelerscheinung hiezu finden wir in der ausgeprägten Neigung der Jugend zur Körperbewegung, zum Herumtummeln im Freien. Bekanntlich macht diese unschuldige „motorische Unruhe“ mitunter den Schulmeistern und Erziehern viel Kopfzerbrechens. Sie ist der Ausdruck innerer Triebe, die Aeusserung unterbewusstter Lebensvorgänge innerhalb des Zentralnervensystems, vielleicht ganz speziell des motorischen Feldes, und hängt wahrscheinlich mit dem Wachstum in irgend einer Weise zusammen. Wir wissen darüber nichts, sondern haben einfach die Thatsache zu registrieren.

Sodann ist denkbar, dass der Vorgang der Ueberstrahlung beim Kinde begünstigt sein könnte durch eine besondere Beschaffenheit der Nervensubstanz, die bildsamer, beweglicher und durchlässiger, oder leitungsfähiger vorausgesetzt würde als beim Erwachsenen. Darüber fehlen uns aber histologische Anhaltspunkte. Und doch sind vielleicht gerade morphologische Eigentümlichkeiten in der Entwicklung des Zentralnervensystems geeignet etwas Licht auf unsern Gegenstand zu werfen. Wir wissen, dass Axencylinder und Markscheide in ihrem Auftreten zeitlich auseinander liegen, dass der Axencylinder leitet, während die Markscheide vorwiegend isoliert, dass die Markscheide sich später ausbildet und dass sie sich um die zugehörige Ganglienzelle herum in ein myclinhaltiges Maschenwerk mit eignen zelligen Elementen auflöst, — die Glia —, in dem die Nervenzelle nun gleichsam suspendiert liegt. Wir erinnern uns weiterhin, dass zwischen dem sensiblen und motorischen Feld, wie zwischen irgend welchen Zellkomplexen des Zentralnervensystems ein direkter Connex nicht besteht, dass vielmehr alle Zentralapparate

von einander geschieden sind durch eine mehr oder weniger mächtige Zwischensubstanz, die dem Markcylinder nahe verwandt ist. Die überstrahlenden Reizwellen sind also genötigt diese Zwischensubstanz zu durchsetzen und erfahren dabei einen Widerstand. Nun scheint es, dass eben dieser Widerstand beim jugendlichen Gehirn geringer ist, als beim erwachsenen, und ich bin in der That geneigt, wenigstens einen Teil der Irradiationserscheinungen auf eine andere Beschaffenheit der Zwischensubstanz der zwei Alterstufen zu beziehen, oder aber auf Entwicklungsanomalien innerhalb der Isolircylinder. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, dass, wie schon die Entwicklung der Zwischensubstanz zeitlich von derjenigen der zelligen Elemente eine verschiedene ist, so auch die innere Struktur derselben zeitlich einer Veränderung unterliegen kann. Dieses Gesetz besteht für alle Körpergewebe, könnte aber sehr wohl innerhalb des Nervengewebes, das um so sehr viel plastischer ist, lebhafter zum Ausdruck kommen. Es wird anfänglich zarter sein und einem Ueberstrahlen von Reizen geringeren Widerstand entgegensetzen, nach und nach aber Modifikationen erfahren die zum Teil jedenfalls zur Folge haben, dass die Ueberstrahlung mit Abschluss der Entwicklung weniger leicht statthaben kann.

Indessen liegt das Hauptmoment für die Erscheinung zweifellos nicht hier, sondern in der Art der psychischen Person, deren stoffliche Componenten wie in den zelligen Elementen der Nervensubstanz zu suchen haben. Die Zellen sind die Trägerinnen der Eigenarten der Individualität und der Fähigkeiten; in ihnen spielen sich die ausschlaggebenden Vorgänge ab. Von Soltmann hat nun zuerst daraufhingewiesen, dass die Erklärung der leichtern Ueberstrahlung beim Kinde in dem Mangel genügender Hemmungsvorstellungen in der kindlichen Psyche zu suchen sei. Gewiss mit vollem Recht. Der Erwachsene besitzt in seinem reichen Bewusstseinsinhalt — entsprechend seiner greiften Erfahrung, seiner Welt- und Menschenkenntnis, und nicht zum geringsten in der Selbsterkenntnis und der Fähigkeit des abstrakten

Denkens — die Mittel seine Vorstellungen und Handlungen zu beherrschen, Nichtgewolltes zu unterdrücken, an sich zu halten, gegen bestimmte Reize scheinbar reaktionslos zu verharren. Beim Kinde dagegen leitet, wie schon gesagt, jeder Sinneseindruck sofort zu einem Wollen und Handeln hin, weil Kritik und sorgfältiges Erwägen hier noch fast gar nicht zur Geltung kommen, zumal nicht bei gestörter Hirnthätigkeit, (wie etwa in einem hysterischen Anfalle) wo stets das Bewusstsein in mehr oder weniger hohem Grade getrübt ist. Um so reger ist bei ihm die Phantasie, und malt ihm im buntesten Wechsel die abendteuerlichsten Bilder vor die Seele. Sie ist denn auch ganz entschieden mit verantwortlich am Zustandekommen der wundersamen Symptomenkomplexe, die wir bei der Kinderhysterie kennen lernen, wenn schon sich ihre Wirkungsweise unserer Kontrolle entzieht.

Für die Differenzialdiagnose macht nur die Epilepsie unter Umständen Schwierigkeiten. Hier ist es in der That oft nicht leicht, bei kurzer Beobachtungszeit zuweilen sogar unmöglich, die Unterscheidung zu treffen. Bei beiden Psychosen finden wir Anfälle, Dämmerzustände, mehr oder weniger tiefe Störung des Bewusstseins, und man hat mit Recht dieser Aehnlichkeit der Krankheitsbilder auch durch einen Namen Ausdruck gegeben und von einer „Hystero-Epilepsie“ gesprochen. Doch bleiben Hysterie und Epilepsie toto genere verschiedene Zustände.

Was die Anfälle anbelangt, so zeigen sie bei Hysterie in der Regel Variationen; es verläuft seltener einer wie der vorhergegangene, meist tauchen bei aufmerksamer Beobachtung neue Momente auf und verleihen dem Bilde Leben und Farbe, während der epileptische Insult sich fast immer durch denselben monotonen Verlauf auszeichnet, im Allgemeinen in seiner Variabilität wesentlich beschränkter ist. Dann ist beim hysterischen Anfall das Bewusstsein nie so tief getrübt, wie beim epileptischen. Der Hystericus fällt so gut wie nie unglücklich, beisst sich nur höchst selten in die Zunge, ein Beweis, dass eine ganze Kette von Associationen noch immer erhalten ist. Die Reflexe sind denn auch stets intact, die Glieder wer-

den auf Kneiffen oder bei Annäherung eines gefürchteten Gegenstandes weggezogen, der Kranke bäumt sich sogar zuweilen dagegen auf (3. 10 etc.). Endlich lassen sich die hysterischen Krampfzustände durch äussere Gegenreize beeinflussen, und zwar überraschend leicht, während der Epileptiker im Anfall völlig torpide ist.

Weniger distinkt durchführbar ist die Unterscheidung der Dämmerzustände, die vor und nach den Anfällen auftreten oder als hysterisches Aequivalent fungieren können. Man kann hier wirklich mitunter im Zweifel sein, doch darf ganz allgemein gesagt werden, dass der hysterische Dämmerzustand ruhiger und oft mit eigenartigem theatralischem Affect verläuft, während der epileptische vielfach von schwersten Angstvorstellungen, die das Individuum zu impulsiven, brutalen Handlungen treiben, begleitet ist. (Kraepelin.) Hat man aber Gelegenheit die Krankheit längere Zeit zu verfolgen, so wird man wohl auch hier zur richtigen Diagnose gelangen. Das Verhalten der Erinnerung ist in beiden Fällen ein wechselndes.

Sonach können wir die differentialdiagnostischen Gesichtspunkte dahin zusammenfassen, dass wir sagen, das psychische Verhalten im Allgemeinen, das Auftreten hysterischer Stigmata, der stärkere und oft plötzliche Wechsel der Erscheinungen, der bleibend gute Intellect im freien Intervall und die grosse Beeinflussbarkeit durch die Umgebung werden die Hysterie in den meisten Fällen mit grosser Sicherheit von der Epsilepsie unterscheiden lassen, wenn nur die Beobachtungsdauer eine hinreichend lange ist.

An diese Vorbemerkungen gestatten Sie mir nun die Krankengeschichten anzureihen.

1. Emil W.,

4-jährig. Aufgenommen 2. IX. 1880.

Eltern und sieben Geschwister gesund. Patient körperlich und geistig gut entwickelt.

Der Junge erkrankte von Kurzem an Diphtherie und musste bald nach der Aufnahme ins Spital tracheotomiert werden. Die Krankheit verlief sehr schwer; es traten wiederholt pneumonische Zeichen auf. Nach 6 Wochen konnte ein erster Versuch gemacht werden, die Canüle zu entfernen, Pharynx und Larynx waren frei. Er gelang zunächst, doch stellte sich regelmässig abends Dyspnoe ein und bald auch leichte Cyanose. Durch Zureden war es dann zwar möglich, vorübergehend die Athmung wieder ruhiger zu gestalten, schliesslich aber musste doch immer wieder zur Canüle gegriffen werden. Bei einem dieser Décanulements (die übrigens von Anfang an immer ohne alle Schwierigkeit verliefen) trat am 5. XI. ein Erstickungsanfall ein, der so akut verlief, dass der Kleine nur mit genauer Not dem Tode entging; es gelang eben noch mittelst einer weichen Sonde Luft in die Lungen zu blasen und so die Athmung wieder in Gang zu bringen. Seither war er so ängstlich, dass er durchaus nicht mehr erlauben wollte die Canüle herauszunehmen. Nach jedem derartigen Versuch trat sofort hochgradige Dyspnoe und Cyanose ein und nötigte zur schleunigen Wiedereinführung. Da indess kein objektives Respirationshinderniss vorlag, so griff man zur List, um die ruhige Athmung ohne Canüle zu erreichen. Zunächst wurde ein mit einem Zäpfchen verschlossenes, und 1 cm hinter dem Schilde abgeschnittenes Röhrchen eingeführt — mit bestem Erfolge: Die Athmung geschah ruhig, und im Verlaufe einiger Tage schloss sich die innere Hälfte des Fistelkanales ohne störende Erscheinungen. Nun wurde ein blosses Canulenschildchen mit kurzem Zäpfchen aufgebunden, worauf auch der äussere Wundkanal sich schloss — die Respiration blieb tadellos, die Stimme wurde ganz befriedigend. Schliesslich erlaubte der kleine auf Zureden hin, dass man versuchsweise das Schildchen mit einem Stück Tuch vertauschte. Jetzt konnte sich auch der Fisteleingang schliessen. Unter dem Lappen bildete sich eine solide Narbe, die Heilung war komplet.

Der Einfluss bestimmter Vorstellungen auf das körperliche Verhalten kann kaum instruktiver dargestellt werden, als wir es hier sehen. Die blosse Angst vor erneuter Erstickungsnot, die der Junge seit dem Unglücksfall mit jedem Décanulement in Verbindung brachte, löste wirkliche Erstickungsanfälle aus mit hochgradigster Dyspnoe und Cyanose, trotzdem die Respirationswege völlig frei waren. Wiederum auf Vorstellungen hin, die allerdings nur durch eine kleine

List eingepflanzt werden konnten, unterblieben die Anfälle, als die Canüle nun wirklich entfernt wurde und die Möglichkeit einer Athmungsstörung thatsächlich gegeben war.

---

2. Reinhard, H.,

11-jährig. Aufgenommen 10. VI. 1880.

Vater, Landwirt gesund } aber Geschwisterkinder.
Mutter, Hausfrau „ }

Mehrere Geschwister frühzeitig an Diphtherie, Pleuritis etc. gestorben.

Patient hatte in den ersten Lebensjahren verschiedene Exantheme, über die nichts Genaueres zu erfahren war; mit drei Jahren eine Pneumonie, seither nie mehr ernste Erkrankungen. Er klagt seit einem halben Jahr über Magenbeschwerden und Appetitlosigkeit; späterhin noch über Bauchschmerzen. Eines Tages wurde er aus der Schule gebracht wegen „sonderbaren, unbändigen Benehmens." Er trat in ärztliche Behandlung und die Sache schien erledigt zu sein, bis plötzlich ein Anfall von Bauchschmerzen, die sich gegen die Brust hinaufzogen und heftige Dyspnoe auftrat, dem ein Zustand grosser motor. Erregung folgte, in welchen Patient mit Händen und Füssen um sich schlug. In kürzern und längern Intervallen wiederholten sich diese Anfälle, um ziemlich konstant bis zur Aufnahme in die Anstalt fortzudauern. Oefters soll Patient im Anfall Decken und Kissen herumgeworfen, vom Bett auf den Kasten gesprungen, sich rittlings auf's Bett gesetzt haben, wie wenn er reiten wollte. Das Bewusstsein war nur in seltenen Momenten klar, meist plapperte er verworrenes Zeug vor sich hin über Verhältnisse und Sachen, die absolut nicht vorhanden waren.

Die Untersuchung schildert den Knaben als gut gebaut, gross, von blasser Gesichtsfarbe. Intumescierte Lymphdrüsen unter beiden Mandibulae und im Jugulum. Beide Tonsillen hypertrophisch, Stimme aphonisch (wurde sehr bald durch gurgeln mit Kali chlor. tadellos.) Anaem. Herzgeräusch über der Mitralis. Magen, bis zum Nabel reichend, lässt bei schwappenden Bewegungen deutliches Plätschern hören. Sonst überall normale Verhältnisse. Ab und zu hustet Patient. Der behandelnde Arzt schildert den Knaben als sehr intelligent, von besonders lebhaftem Temperament, und ausgesprochenem Eigenwillen. Er äussert den Verdacht, der Junge treibe passive Onanie in der Weise, dass er mit leidenschaftlichem Hang nach Gelegenheit suche, Pferde zu reiten.

Unter Verabreichung von Eisen verschwand die Anaemie sehr prompt; das syst. Geräusch trat nicht wieder auf. In der Anstalt wurden nur zwei kurze Anfälle von Dyspnoe mit deutlich Cheyne-Stokes'scher Athmung beobachtet, welche durch einen kalten Brust-

wickel sofort koupiert werden konnten. Patient musste nach kurzer Zeit wegen Diebereien aus dem Hause entfernt werden.

Katamnese: R. H. ist verheiratet und hat zwei gesunde Kinder. Er ist auch selbst gesund und guter Dinge, konnte sich aber nicht entschliessen auf unsere eingehenden und wiederholten Fragen anders als durch die Uebersendung seiner Photographie und einiger nebensächlichen Angaben zu antworten. Darin dankt er lebhaft, dass wir uns „des kleinen Bösewichtes“ noch erinnerten, und unterzeichnet den Brief mit R. H., Landwirt und Dragoner.

Die Klagen über Magenbeschwerden und Appetitlosigkeit mit daran anschliessenden Anfällen von Bauchschmerzen und Dyspnoe würden an sich nicht erlauben die Diagnose auf Hysterie zu stellen, da die Untersuchung eine wirkliche Organveränderung — eine Dilatatio ventriculi mit Plätschergeräuschen — feststellte. Allein das überraschend schnelle Verschwinden der seit 6 Monaten bestehenden Beschwerden, ohne dass eine spezifische Behandlung eingeleitet worden wäre, und die hervorragende Innervationsstörung der Respirationsorgane bei bestehendem Verdacht auf Onanie, vor allem auch die zu Hause beobachteten komplizierten Motilitätsstörungen, wie sie nur der Chorea major zukommen, sprechen durchaus für Hysterie. Der weitere Verlauf der Affektion bestätigte denn auch die Diagnose.

Da die Photographie jenen eigenartigen, schwermütig-schlaffen Gesichtsausdruck zeigt, wie er vielfach bei Perversionszuständen der Geschlechtsapparate zu Tage tritt, bat ich den nun wohlbestallten Familienvater um freimütige Auskunft, ob die vor Jahren von seinem Arzt ausgesprochene Vermutung der Onanie zutreffend war. Er antwortete gerade hierauf nicht, was ich für eine Bestätigung der Anklage halte. Übrigens spricht das anfallsweise Auftreten von Dyspnoe, und das Überdauern gerade dieser Erscheinung über die andern Symptome, mit grosser Wahrscheinlichkeit für geschlechtliche Excesse, wenn auch nicht auszuschliessen ist, dass bei Krankheiten im Gebiete des Vagus Reflexneurosen in andern vom Vagus versorgten Organen auftreten können. Der Verlauf der Krankheit legt uns aber nahe, die gefundene Dilatatio

ventriculi als eine Sekundärerscheinung aufzufassen, wie auch die Anaemie und deren Folgezustände.

Fournier, Alex. Peyer und andern Spezialisten für Geschlechtsleiden verdanken wir interessante Mitteiluugen über eigenartige, im Anschluss an chronische Excesse in venere ziemlich regelmässig zu beobachtende nervöse Störungen. Unter vielen Gelegenheitsbeobachtungen werden hauptsächlich hervorgehoben Innervationsstörungen im Gebiete des Kehlkopfes und der Sprachmuskulatur, wodurch es zu inspiratorischer Dyspnoe, Veränderungen der Sprache (tiefe, heisere, flüsternde Stimme; Sprachattaxie in dem Sinne, dass Patient meist beim ersten Wort anstösst, nachher aber fliessend spricht) und zu häufigem Sichversprechen kommt. Solche Kranke klagen auch über Schnürgefühle im Kehlkopf, über Trockenheit im Rachen (müssen sich häufig räuspern) und über mangelnde Beweglichkeit der Zunge. Sehr gewöhnlich sind weiterhin ungeregelte Herzthätigkeit, Hirn- und Gesichtskongestionen, Tremor der Hände, Schwäche in den Beinen, schlaffer Gang, unstäter, verschämter, nicht fixierender Blick, maskenartige Gesichtszüge, blasses, müdes Aussehen, mangelnder Appetit, fehlende Lebenslust. Alles das zeigt, wie sehr das gesamte Nervensystem durch geschlechtliche Anomalien in Mitleidenschaft gezogen werden kann, und in wie nahem Verhältniss Sprache, Mimik, Auge und Körperhaltung zu den Geschlechtsthätigkeiten des Menschen stehen. Wir repräsentieren in ihnen recht eigentlich unsern ganzen Habitus, durch den wir das Gefallen des andern Geschlechtes erzielen oder auch verfehlen, und es scheint in der That, dass die Natur Vorsorge getroffen hat, das mit den Fortpflanzungswerkzeugen andauernd sündigende Individuum durch äussere Entstellung von der Begattung auszuschliessen. Ich erwähne dies hier, weil wir uns sofort fragen, in wiefern nun Störungen, wie die angeführten, von denen uns viele in den folgenden Krankenberichten wieder begegnen werden, berechtigen Funktionsaberrationen im Gebiete der Geschlechtsorgane vorauszusetzen. Ich kann die Frage nicht entscheiden, denn, wie ich schon erwähnte, ist es mir gerade über diesen Punkt nicht gelungen,

befriedigende Mitteilungen zu sammeln; ich möchte es aber zum wenigsten als wahrscheinlich hinstellen, dass da, wo solche „Sexualsymptome“ mit einer gewissen Hartnäckigkeit und Ausgesprochenheit vorkommen — in diesem Krankheitsbild die Dyspnoeanfälle — geschlechtliche Unarten mit im Spiele sind. Jedenfalls wird uns ihr Erscheinen auffordern, an solche Zustände zu denken und danach zu forschen.

---

3. Robert S.,

9-jährig. Aufgenommen 6. II. 1882.

Vater, Buchhalter †, Lump und Säufer, Mutter, Hausfrau, gesund. Zwei Schwestern des Grossvaters geisteskrank gestorben; zwei jüngere Stiefgeschwister geisteskrank.

Patient hat weder Kinderkrankheiten noch andere Leiden hinter sich. Vor acht Wochen begann er zum ersten Mal zu klagen über stechende Schmerzen im rechten Bein, das er nicht mehr bewegen könne. Diese Schmerzattaque ging im Laufe einer Woche vorüber, das Glied wurde wieder funktionstüchig, doch fiel den Eltern auf, dass ihr Kleiner sich ungewöhnlich reizbar und begehrlich zeigte. Wurde einer seiner vielen Wünsche nicht erfüllt, so geriet er in allgemeine Zuckungen, stramppelte und schlug mit Händen und Füssen um sich. Dabei war der Blik stier und der Mund krampfhaft geschlossen, so dass es selbst mit Gewalt nicht gelang, die Kiefer von einander zu entfernen.

Diese Anfälle stellten sich seither ziemlich häufig ein, selbst Nachts, und ohne dass der Kleine irgendwie gereizt worden wwäre. Vor enigen Tagen trat auch ein über die ganze Haut ausgebreitetes frisch-rotes Exanthem auf, das aber sehr rasch und spurlos wieder verschwand. Der Arzt habe erklärt, es sei weder Masern noch Scharlach gewesen. Gegen die Anfälle habe er eine tüchtige Tracht Prügel verordnet, ein Rezept, das die Eltern nicht übers Herz brachten zur Ausführung zu bringen. — Appetit und Schlaf sollen völlig darnieder liegen; der Kleine verlange Nachts oft Karten zum spielen oder sonst eine Unterhaltung. —

Status. Der Kranke ist gut gebaut, hat eine kräftige Muskulatur und leidliches Fettpolster. Ueber Brust und Bauch eine diffuse Rötung, sonst überall reine Haut. Zähne unregelmässig. Pupillen weit beiderseits gleich und gut reagierend. An den innern Organen lassen scih keine Veränderungen nachweisen. Patient ist munter und zeigt während der Untersuchung keine Motilitätsstörungen. Er streckt die Zunge gerade heraus, sie zittert nicht. Pharynx frei. Reflexe ohne Besonderheiten.

Noch am Abend der Aufnahme zeigte sich ein Anfall von über einer Stunde Dauer. Patient hatte ohne Erlaubnis das Bett verlassen,

und geriet nun, als ihm strickte befohlen wurde sich wieder zu legen, sofort in allgemeine Konvulsionen. Er rollte den Kopf nach links und rechts, bog und streckte abwechselnd Arme und Beine. Zu Beginn des Anfalles reagierte er auf anrufen, nachher nicht mehr. Der Blick wurde stier, die Bulbi konvergierten, die Pupillen waren weit und starr. Patient knirschte mit den Zähnen und schrie laut auf. Puls nicht beschleunigt. Dass das Bewusstsein erhalten war, geht daraus hervor, dass bei Annäherung einer Nadel an ein bestimmtes Glied dieses sofort weggezogen wurde, ja, als gar der Elektrisierapparat aufmarschierte, da machte der Kleine die tollsten Bewegungen und gebärdete sich wie ein Tobsüchtiger. Man prüfte auch den Schluckakt, der sich intakt erwies und keinerlei Erscheinungen auslöste. Ein Versuch des Kleinen sich aus dem Bette zu werfen wird dazu benützt ihn auf die Beine zu stellen, wobei er tüchtig um sich biss und sich dann plump zu Boden fallen liess. Aufgehoben und mit Wasser ins Gesicht gespritzt, bleibt er stehen. Das fortwährende scheussliche Gebrüll wird durch dasselbe Mittel zum Schweigen gebracht. Auf Befehl geht er schliesslich allein ins Bett zurück — der Anfall war vorbei. Auf die Frage warum er sich so wüst benommen, gibt er die Antwort: „Nicht ich, die Nerven." In der Frühe Wiederholung der Szene, worauf der Kleine spontan äussert „die Anfälle würden nun wohl vorüber sein". In der That waren sie bleibend weg, so dass der Entlassung nichts im Wege stund, zumal das Allgemeinbefinden mehr und mehr befriedigte.

Katamnese: In die alte Umgebung zurückversetzt, stellten sich die Anfälle sehr bald wieder ein, ganz wie beschrieben, was die Eltern veranlasste den Knaben der Irren-Heilanstalt Burghölzli zu übergeben. Unter der Diagnose Hysteria juvenilis fanden wir ihn dort eingetragen, doch enthält die Krankengeschichte nichts, was nicht schon Erwähnung gefunden hätte. Eine spezifische Behandlung wurde nicht eingeleitet. Nach einem Vierteljahr konnte er in die Familie eines Lehrers zur Nachkur entlassen werden. Er blieb dort 4 Monate und wurde seither nie mehr von Anfällen geplagt. Später kehrte er zu seinen Angehörigen zurück und besuchte mit Erfolg die Primar- und Sekundarschule seines Heimatsortes. Mit 15 Jahren kam er dann zu einem Onkel nach Nizza, bei dem er als Bäcker und Konditor lernte. Nach abgelaufener 4-jähriger Lehrzeit nahm er Kondition in Algier, fand aber, als er ankam, die Stelle schon besetzt. Mittellos zog er nun von Ort zu Ort, arbeitete unter den elendesten Verhältnissen in Weinbergen und verschiedenen Plantagen, bis er sich so viel erspart hatte, dass er mit Hülfe des Konsulates nach Marseille und von da in die Schweiz zurückkehren konnte Ausser vorübergehenden Fieberattaquen war er von Krankheiten verschont geblieben. Da er keine Mittel besass, sich selbständig zu machen, gab er späterhin seinen Beruf auf und arbeitete seither in einem Geschäft als Packer und Magaziner. Im April 1897

trat er in den Ehestand, hat aber seine Frau schon zwei Jahre später an akuter Miliartuberkulose verloren. Kinder sind aus der im übrigen glücklichen Ehe nicht hervorgegangen.

Die Familienverhältnisse im elterlichen Hause sind sehr triste. Sein Vater war ein Lump und Säufer, und trennte sich früh von der Mutter. Er hatte ihn nie gekannt. Die Mutter verheiratete sich dann zum zweitenmal, nachdem sie vorher noch einem unehelichen Kinde, das noch lebt und gesund ist, das Leben geschenkt hatte. Auch diese Ehe gieng in Brüche, nachdem zwei Cretins zur Welt geboren waren. Schliesslich heiratete die Mutter einen Dritten, und zwar einen Italiener, mit dem sich unser Patient beständig rieb und schliesslich vorzog, aus dem Elternhause auszuscheiden.

Der jetzt 27-jährige Mann ist klein, schlank, grazil gebaut, von gutem Aussehen. Er spricht bedächtig, giebt aber verständige Antworten. Das Allgemeinbefinden ist seit Jahren befriedigend.

Hier ist die Diagnose ohne weiteres klar. Die Wutanfälle mit allgemeinen Konvulsionen auf verweigern eines Wunsches hin, und der in der Anstalt beobachtete ähnliche Paroxysmus als Antwort auf einen Verweis und eine strikte Aufforderung, zeigen aufs Deutlichste die ungemeine psychische Hyperaesthesie, wie sie der Hysterie eigen ist. Dieses sinnlose Wüthen, das schliesslich das ganze motorische Feld in seine Dienste zieht, illustriert sehr prägnant das Fehlen von hemmenden Vorstellungen und ist dasjenige Irresein, das Maudsley das sensu-motorische genannt hat: „jener abnorme Geisteszustand, wie er uns in der Wut der Tiere und der Epileptiker entgegentritt, und sein Gegenstück hat in dem unmotivierten Lachen oder Weinen der Kinder“. Die psychische Reaktion wird allein bestimmt nach äusseren Einwirkungen körperlicher oder seelischer Art. Ein unangenehmer Befehl ruft dem Anfall, die Furcht vor der Elektrisiermaschine steigert ihn aufs Höchste — und ein Guss kalten Wassers — wohl das Unangenehmste für den Patienten — dämpft das wilde Feuer fast plötzlich.

Echt hysterisch ist auch die Antwort: „Nicht ich, die Nerven“, ebenso die auffallende Äusserung „die Anfälle werden nun wohl vorbei sein.“

Die Krankengeschichte enthält Andeutungen über Erziehungsfehler; es scheint, dass der Junge zu nachsichtig

behandelt wurde und dass man seinem Trotzen nicht den nötigen festen Willen entgegenstellte. Es ist sehr wohl möglich, dass sie nächst der erblichen Belastung die Hauptschuld an der Krankheit tragen. Sehr treffend äussert sich Strümpell über diesen Punkt wie über die verkehrte Erziehung im allgemeinen. Er sagt darüber in seinem Lehrbuch der spec. Pathologie und Therapie: „Die Missgriffe einer Erziehung, welche die Launenhaftigkeit der Kinder nicht unterdrückt, welche die Stärkung des Willens und der Energie vernachlässigt, oder die Phantasie der Kinder in unpassender und überspannter Weise anregt, und welche andrerseits durch geistige Überbürdung die psychischen Kräfte derselben überanstrengt und die geistige Entwicklung des Kindes verfrüht, legen leider nur zu oft den Grund zu seiner reizbaren Schwäche des Nervensystems, auf deren Boden sich die Hysterie ausbildet."

Es ist um so erfreulicher zu sehen, wie hier trotz der schweren hereditären Belastung, der fehlenden Erziehung und den elendesten äussern Verhältnissen während der Jünglingsjahre die einmal eingetretene Genesung sich zu behaupten vermochte.

---

4. Carl T.,

9 ½-jährig. Aufgenommen am 1. IV. 1893.
Vater, Wirt, gesund. Mutter und Geschwister gesund.
Keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie.

Patient ist ordentlich entwickelt, schlank, leidlich genährt. Er hat Masern, drei Pneumonien und wiederholte Pleuritiden hinter sich, und leidet seit Jahren an ganz kurz vorübergehenden Anfällen von Schwindel und Uebligkeit, während deren er sich an irgend einen Gegenstand anzuklammern pflegt, um nicht zusammenzubrechen. In jüngster Zeit jedoch tritt das Uebel in viel intensiverer Art auf. Die Anfälle dauern jetzt bis ¼ Stunde, beginnen wie früher plötzlich mit Uebelkeit, dann treten Angstgefühle hinzu, der Knabe glaubt sich von Jemandem verfolgt, schreit und macht Abwehrbewegungen. Gelegentlich sieht er aber auch allerlei komische Tiere, die seine Lustigkeit erregen. Während der Dauer seiner phych. Störung hält er die Augen geschlossen, und gibt dann und wann auf Fragen ganz korrekte, mitunter aber auch unverständliche oder gar keine Antworten. Gegen Schluss der Attaque

krümmt er den Rücken bogenförmig nach hinten, stemmt den Kopf in den Nacken und erwacht, erstaunt die Augen aufschlagend.

Da sich die Anfälle mehrmals täglich wiederholen, so wird er in die Anstalt gebracht. Die genaue physikalische Untersuchung fällt absolut negativ aus. Die Paroxysmen zeigen sich nicht ein einziges Mal, dagegen wurde der Kleine mehrmals am onanieren ertappt. Nach 14 Tagen Entlassung.

Katamnese: Während ungefähr drei Monaten hielt die Heilung an, so dass man den Jungen wieder in die Schule schickte. Das Lernen fiel ihm leicht; er kam ohne Schwierigkeiten mit der Klasse vorwärts. Indess dauerte es gar nicht lange, so verfiel er wieder seinem frühern Uebel, nur dass es etwas milder auftrat in Form kurzer aber häufiger und ganz ohne Vorboten auftretender Anfälle von Uebelkeit, Angstgefühlen und Verwirrtheit. Der Lehrer und die Mitschüler, die über den Zustand des Kleinen verständigt worden waren, liessen ihn unbehelligt, so dass er im Laufe von drei Jahren ohne Unterbruch die Primarschule absolvieren konnte. Er trat dann ins Gymnasium ein. Die höhern Anforderungen an die Hirnthätigkeit, die ihm dort gestellt wurden, beeinflussten sein Nervenleben sehr ungünstig, so dass er nach wenigen Monaten schon die Studien abbrechen und durch einen längern Landaufenthalt Erholung suchen musste. Der Erfolg war aber nach Jahresfrist noch so unbedeutend, dass die Eltern den Knaben wieder zu sich nahmen. Die Mutter versichert, dass die Anfälle durch die Witterung auffällig beeinflusst würden. Helles trockenes Wetter mit hohem Luftdruck üben einen günstigen Einfluss aus, während schlechtes Wetter oder Föhn und niederer Luftdruck das Uebel regelmässig verschärfen; die Anfälle sind im Wesentlichen genau wie früher. Sie werden eingeleitet von dem Angstgefühl, es komme Jemand in böser Absicht auf ihn zu. Ueberraschen sie den Knaben im Gehen, so springt und tanzt er häufig, beginnt wohl auch zu pfeiffen und auffällige Bewegungen zu machen, spricht meistens unverständlich vor sich hin, und scheint ganz geistesabwesend zu sein. Nach 2—3 Minuten ist wieder Alles normal. Er hat zweimal auf dem Schulwege seine Mappe verloren, ohne es zu merken, doch fehlt ihm die Wahrnehmung der nächsten Umgebung nicht, so dass er im Anfall ungehindert seines Weges geht und nie gegen Personen oder Gegenstände (Laternen etc) anstösst oder fällt. Trifft ihn der Anfall während des Sitzens, so pflegt er plötzlich aufzustehen und sich wie beschrieben zu verhalten. Ausser diesen auffälligen Erscheinungen zeigen sich zwischen hinein auch noch die ebenfalls erwähnten schwächern Anfälle, die der Umgebung häufig entgehen und nur in einer rasch vorübergehenden Verwirrtheit bestehen.

Der Junge versichert, dass sich während seines Landaufenthaltes in Trogen fast nur diese milden Anfälle gezeigt hätten; auch verdient Erwähnung, dass er nach der Rückkehr aus Trogen (nach Zürich) 36 Tage

lang ganz frei war von irgend welchen Anomalien der beschriebenen Art. Er ist mittelgross, schlank, sieht blass und eigentümlich gedrückt aus, scheint aber intelligent und aufgeweckt. Alle seine Bewegungen sind leicht gehemmt, auch die psychische Reaktion ist etwas verlangsamt, doch antwortet er klar auf die ihm gestellten Fragen. Die körperliche Untersuchung ergab folgendes: Die Herzaktion kräftig und überall, auch über der rechten Brusthälfte, deutlich hörbar. Herzdämpfung nicht verbreitert. Beide Unterbauchgegenden sehr reizempfindlich. Das Prüfen des Cremasterreflexes und Streichen der Bauchdecken im Verlauf der Vasa deferentia erigieren den Penis. Das Praeputium deckt die Glans zur Hälfte. Ernstliches Befragen wegen Onanie wird mit Entschiedenheit ablehnend beantwortet, doch lassen der Genitalbefund und der Gesichtsausdruck, im Verein mit der eigenartigen Hemmung und gedrückten Stimmung, kaum einen Zweifel, dass der Junge masturbiert. Im weitern spricht dafür das totale Fehlen des Patellarsehnenreflexes. Die übrigen Reflexe sind erhalten und innert der Norm.

Appetit gut, Schlaf unruhig, träumt viel, will abends nie rechtzeitig zu Bett, da das Schlafbedürfnis fehlt.

Beim Durchlesen des ersten Teiles der Anamnese denkt man unwillkürlich an die Möglichkeit, es möchte dem Symptomenkomplex, der bereits seit mehreren Jahren ziemlich stabil geblieben war und die psychischen Funktionen im engern Sinne überhaupt nicht in Mitleidenschaft zog, sondern sich ausschliesslich zusammensetzte aus Erscheinungen, die ganz und gar in das Gebiet der Hirnpathologie gehören, ein Hirnleiden zu Grunde liegen, etwa eine Tuberkulose (Solitärtuberkel). Der Vater ist vom Alkoholismus nicht frei zu sprechen, in Übereinstimmung damit das Kind sehr schwächlicher Konstitution und fortlaufend von Krankheiten heimgesucht, worunter mehrere Pleuritiden erwähnt werden. Der spätere Verlauf weist aber entschieden auf Hysterie, denn das plötzliche Verschwinden der Krankheitserscheinungen mit der Versetzung in die Anstalt erlaubt nur diese Deutung.

Inwiefern die Onanie das Leiden beeinflusste, ob sie als das Primäre oder nur als Begleiterscheinung aufzufassen ist, lässt sich nicht entscheiden, doch dürfen wir mit Sicherheit annehmen, dass sie auch in letzterer Eigenschaft ungünstig auf das Allgemeinbefinden zurückwirken musste. Das Ungezwungenste ist wohl als Grundlage des Leidens die schwache Konstitution, als auslösendes Moment die Wirkungen

und Nachwirkungen der vielen Krankheiten, einschliesslich der Onanie, zu betrachten.

Beachtenswert ist der Einfluss der Witterungsverhältnisse, beziehungsweise der Barometerminima, auf das krankhaft veränderte Nervensystem. Nervenärzte wissen von zahlreichen ähnlichen Einflüssen auf ihre Patienten zu erzählen. Auch über Haemoptoe bei Phtysikern liegt eine diesbezügliche Beobachtung vor. Dr. Spengler in Davos berichtet, dass regelmässig bei Föhn ungewöhnlich viele Lungenblutungen einsetzten, was er aus der Herabsetzung des Blutdruckes und der Erschlaffung der Gefässwandungen erklärt. Wir können uns vorstellen, dass Cirkulations- und Ernährungsstörungen der Hirnrinde im Anschluss an solche Zustände im Gefässsystem auch die Ursache sein mögen für die rein nervösen Erscheinungen, wie wir sie in unserm Fall vor Augen haben. Daraus liesse sich auch die Bemerkung der Krankengeschichte erklären, dass der Junge nach der Rückkehr aus den Bergen, wo die Anfälle unbeeinflusst fortbestanden hatten, im Tiefland 6 Wochen völlig anfallsfrei war: Als Folgeerscheinung des höheren Luftdruckes in der Tiefe gesteigerter Blutdruck und bessere Ernährung der Hirnrinde. Nach und nach Anpassung an diese Verhältnisse und Wiedereintritt in den status quo ante. Immerhin mögen es auch ausschliesslich oder vorwiegend psychische Momente gewesen sein, die dieses temporäre Verschwinden der Anfälle veranlassten.

Der Vater des Patienten besuchte mich zweimal. Er bestätigte zunächst die fatale Neigung seines Sohnes zur Onanie, und gab wiederholt mit grosser Lebhaftigkeit seiner Überzeugung Ausdruck, dass die ganze Krankheit die Folge sei der vielen schweren alkoholischen Getränke, die zur Erhaltung der Herzthätigkeit während der drei Pneumonien verabreicht werden mussten, die der Junge rasch nacheinander durchmachte. Darin geht er wohl zu weit, doch verdient unsere volle Beachtung, was der bekannte Kinderarzt Dr. Hürlimann in Aegeri über diesen Punkt sagt: „. . . . . Aber nicht nur in der zürcherischen Heilstätte für skrophulöse

und rhachitische Kinder, sondern auch in meiner Privatanstalt habe ich, namentlich in den ersten 10 Jahren, alljährlich Kinder aufgenommen, die durch oft geringe Alkoholgaben geschädigt waren. Namentlich sind es die spanischen Weine gewesen, die im Reconvalescenzstadium und bei Ermüdungszuständen beim Kinde zur Anwendung kamen. Bei psychisch zarten und müden Kindern genügt oft nur eine kleine Gabe Wein, um einen krankhaften Prozess rasch zum Ausbruch zu bringen. Namentlich bedarf es bei gedächnisschwachen, bei schlaflosen Kindern nur eines minimen Weinzusatzes „zur Stärkung", um ein solches Kind sofort unfähig für den Schulunterricht zu machen." (Zwanzig Jahre im Dienste der Kinderpflege und Kindererziehung. Zug 1900.)

Nachschrift. Auf meinen dringenden Rat hin den Jungen mit körperlicher Arbeit in der freien Natur, unter verständiger Leitung und Pflege, zu beschäftigen, anstatt ihn auf sogenannte allgemeine Bildung hin tot zu dressieren, gab ihn der Vater in eine Obst- und Gartenschule aufs Land, wo er in jeder Hinsicht vorzüglich versorgt ist. Der Erfolg war bis jetzt ein überraschender; das ganze Wesen sei wie umgewandelt, jugendlicher Frohsinn wieder eingekehrt, das Allgemeinbefinden sehr gut, seit drei Monaten gar keine Anfälle. Also besteht hier noch Hoffnung auf Heilung trotz der langen Dauer des Leidens.

---

5. Anna H.,

12-jährig. Aufnahme: 9. XII. 1890.

Vater, Mechaniker, nervös und lungenleidend; Mutter leidet an Migräne. Geistes- oder Nervenkrankheiten nicht vorhanden.

Die Anamnese berichtet, dass die Kleine von Geburt an schwächlich war, in früher Jugend mehrmals Pneumonien und heftige Halsaffektionen überstand, und mehr und mehr nervös, leicht erregbar, hastig wurde in ihrem Wesen. Sie war sehr intelligent und in der Schule in allen Fächern sehr tüchtig. Dabei äusserst eigensinnig, streitsüchtig und schlau.

Die ersten krankhaften Veränderungen wurden vom Lehrer beobachtet und den Eltern mitgeteilt. Dieser konstatierte öfter einen exqui-

siten Tremor der Schrift, der bald auch bei allen Handarbeiten deutlich hervortrat. Auf dieses Prodrom folgte vor wenigen Tagen ein typisch hystero-epileptischer Anfall. Patient wurde beim zu Bette gehen von Schwindel gepackt, und stürzte unter heftigem Schrei zusammen — darauf allgemeine Convulsionen. Wollte man sie halten und beruhigen, so stiess sie mit den Beinen, geiferte und spuckte um sich. Liess man sie ruhig, so begann sie ganz korrekt zu rechnen oder lange Geschichten zu deklamieren. Nachher totale Amnesie. In weiteren Anfällen praevalierten die Motilitätsstörungen über die psychischen Symtome; Patient stierte ohne Unterbruch auf einen bestimmten Punkt, verdrehte die Augen und fiel dann bald in rasende Konvulsionen. Alle Anfälle lösten sich mit Gähnen und Klagen über Kopf- und Bauchschmerz.

Bei der Aufnahme war Patient von blühendem Aussehen, gross, kräftig gebaut, etwas unruhigem Benehmen und scheuem Blick, der bald da bald dort stier haften blieb. Ab und zu unmotiviertes Lachen. Die Pupillen ziemlich weit, gleich, gut reagierend. Leichte Struma, Hals und Rachen intakt. Abdomen etwas gespannt und in beiden fossae iliacae druckempfindlich, dabei leichter Tremor der Beine. Auch spontan traten während der Untersuchung Muskelzuckungen, bald im einen bald im andern Bein auf, denen ein stieres Umherblicken und starker strabismus convergens vorausgieng. Auf Kneifen und Anrufen reagierte sie absolut nicht; alle Reflexe normal. Wiederholt beugte sie sich über den Bettrand, ohne je hinauszufallen; freigestellt fiel sie zu Boden, aber immer mit auffälliger Vorsicht sich schützend. Die innern Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Harn, Puls, Temperatur, Atmung normal.

Die Krankengeschichte berichtet, dass die oben beschriebenen Anfälle im Laufe von 14 Tagen ganz unregelmässig und ziemlich häufig wiederkehrten, aber auffällig rasch an Intensität verloren. Schreien, rechnen und deklamieren wurde nie beobachtet. Unter Gebrauch von tinct. ferri pom. und tinct. rhei. vin. trat bald völlige Heilung ein.

Katamnese: Sie besuchte nach dem Austritt, völlig geheilt, und nur ab und zu von Kopfschmerzen geplagt, die Sekundarschule. Das Lernen fiel ihr leicht, sie lernte mit Lust. Später erwarb sie in einer Anstalt Kenntnisse in den Küchen- und Hausgeschäften und machte darauf noch einige Kurse für Frauen-Handarbeiten mit. Sie arbeitet jetzt als Schneiderin. Mit 15 Jahren litt sie 6 Wochen an einer Pleuropneumonie und vor Jahresfrist an einer akuten serösen Kniegelenkentzündung. Beide Affektionen heilten gut aus. Mit 17 Jahren traten die Menses auf. Sie waren sehr schwach und unregelmässig, setzten ganze Monate aus, verschwanden im 18. Jahr völlig, um nach etwa 14 Monaten schwach und ungeregelt wiederzukehren. Der Eintritt in die Geschlechtsreife brachte keinerlei Veränderungen im Allgemeinbefinden.

Seit einem Jahr leidet die Person an Chlorose und klagt über Kopf-, Rücken-, Kreuz-, Bauch- und Gelenkschmerzen. Ab und zu fühlt sie sich so müde, dass sie kaum gehen kann, und über der Arbeit fast einschläft. Auch Magenbeschwerden zeigten sich seit einiger Zeit — reissende Schmerzen, über den Magen wegziehend, und saures Aufstossen. Der konsultierte Arzt verordnete Pillen und Kephir, welche den Umstand entschieden besserten.

Die Person ist fast klein zu nennen, gut genährt, von gutem Aussehen. Der Blutgehalt der oberflächlichen Schleimhäute ordentlich. Sie beantwortet Fragen prompt, intelligent, und zeigt ein ruhiges, heiteres, aufgeräumtes Wesen. Schlaf und Appetit zur Zeit gut. Stuhl etwas angehalten. Exmese normal.

Nach dem, was ich einleitend über die Differenzialdiagnose zwischen Hysterie und Epilepsie sagte, bedarf der Fall keiner weiteren Besprechung.

---

6. Emma D.,

13½-jährig. Aufnahme 23. XI. 1883.

Vater, Bäcker, hat seit vier Jahren epileptiforme Anfälle.

Mutter und zwei Geschwister gesund.

Keine Nervenkrankheiten in der Verwandtschaft.

Das Kind war bis vor einem Jahr immer gesund, wurde aber in der Schule wegen „Zerfahrenheit“ zwei mal zurückgesetzt.

Mit 12 Jahren fieng es an über Zuckungen und Kribbelgefühle im linken Bein zu klagen, Erscheinungen, die sich nach geraumer Zeit wieder verloren, bis Patientin plötzlich in der Schule von einem Anfall betroffen wurde, der sich folgendermassen äusserte: Sie konnte nichts mehr im Sinne behalten, und sich an nichts erinnern; das Gedächtnis war wie verloren, das Bewusstsein anscheinend intakt. Diese Attaquen häuften sich rasch, und traten bald nachts sehr viel häufiger auf, als am Tage. In ganz schweren Fällen soll Patientin Schaum vor dem Munde gehabt und sich einmal in die Zunge gebissen haben. Die Mutter versichert, dass stets die linke Körperhälfte mehr betroffen sei, als die rechte. Die Anfälle beginnen meist mit dem Rufe: Haltet mich! Dann setzen tiefe, keuchende Athemzüge ein, und sofort kontrahieren sich alle Muskeln in ziemlich rythmischer Weise. Nachher werden die Beine starr, gestreckt, das linke über das rechte geschlagen, schwebt frei in der Luft. Die Arme sind krampfhaft flektiert, die Fäuste geballt, am ganzen Rumpf beobachtet man grobe Zitterbewegungen. Das Bewusstsein ist völlig erhalten. Das Kind selbst gibt an, dass sich der Anfall anmelde durch ein Gefühl des Steifwerdens des linken Beines und eines allgemeinen Bebens im ganzen Körper.

Der Status praesens berichtet gar nichts Auffallendes hinsichtlich der physischen und psychischen Verfassung der Patientin. Sie schien durchaus gut entwickelt, von kräftigem Knochenbau und voller Muskulatur. Nirgends Sensibilitätsstörungen, nirgends Druckschmerz. Alle Organe intakt, Schädel ohne Besonderheiten.

Krankengeschichte. Gleich in der ersten Nacht wurden sechs, tags darauf sieben, dann wieder sechs Anfälle konstatiert. Sie verliefen rasch und ganz wie oben beschrieben. Der faradische Strom auf die Plexus brach. erwies sich als unwirksam. Chloralhydrat steigerte die Zahl und Intensität der Anfälle. — Patientin wurde von ihren Eltern nach Hause zurückverlangt, bevor weitere therapeut. Prozeduren durchgeführt werden konnten.

Katamnese: Patientin besuchte nach der Heimkehr so gut es ging die Schulen, war aber geistig etwas schwach, und kam wegen des häufigen Unterbruchs durch ihre Anfälle nur mühsam mit. Zur Erlernung der französischen Sprache war sie dann kurze Zeit in Nyon, musste aber aus Gesundheitsrücksichten bald wieder in die Familie zurückkehren. Dort widmete sie sich nun bleibend den Hausgeschäften, die sie mit Geschick und Sorgfalt erledigt haben soll. Mehr und mehr scheint aber ihr Leiden einen schlimmen Charakter angenommen zu haben, die Anfälle wurden häufiger und schwerer, auch war sie oft längere Zeit nachher sehr deprimiert, so dass vorübergehend Spitalverpflegung nötig wurde. Dazu zeigte sich ein unbezwinglicher Hang zum Trunk, zu dessen Befriedigung sie das nötige Geld gestohlen zu haben scheint. Trotz der Ueberwachung gelang es ihr immer wieder abzukommen und zu excedieren, und schliesslich soll sie sich nach Angabe ihres Bruders in einem Zustande entweder des Rausches oder der Schwermut im Jahre 1891 ins Wasser gestürzt haben. (Das elterliche Haus stand nahe an einem Fluss.) Ueber die geschlechtliche Sphäre war nichts zu eruieren.

Referent, 29 Jahre, ist verheiratet und hat ein gesundes Kind. Er macht im Allgemeinen einen guten Eindruck, hat aber im Blick etwas scheues, fixiert ungern. Er ist Bäcker von Beruf, und war noch nie krank. Ein jüngerer Bruder von 24 Jahren soll ebenfalls gesund sein, ebenso die Mutter, die noch lebt. Der Vater leidet wie früher an epileptischen Anfällen, habe gar kein Gedächtnis mehr, und sei deshalb seit zwei Jahren vom Berufe zurückgetreten.

Die Unterscheidung zwischen Hysterie und Epilepsie ist hier gar nicht leicht. Bei dem Wenigen, was wir über den Fall wissen, ist Epilepsie nicht durchaus auszuschliessen, doch fällt in Betracht, dass die Kranke trotz der gehäuften Anfälle angeblich nie das Bewusstsein verlor, sich nur einmal

in die Zunge biss, und nie nennenswerte äussere Verletzungen erlitt. Auch die Intelligenz scheint keineswegs so gelitten zu haben, wie das wohl bei Epilepsie der Fall gewesen wäre. Weiterhin kommt den epileptischen Anfällen des Vaters, die in der Anamnese erwähnt werden, eine gewisse Bedeutung zu. Es mag dahingestellt sein, ob sie Äusserungen einer gemeinen Epilepsie waren, sicherlich werden sie aber das Kind, wenn es hysterisch und nicht auch epileptisch veranlasst war, ungünstig beeinflusst haben, denn die Erfahrung lehrt, dass hysterische Individuen vermöge ihres ausserordentlichen Nachahmungstriebes und ihrer mächtigen Impressibilität sehr leicht solche Insulte nachahmen. Mir will scheinen, dass so etwas hier statthatte, denn für Epilepsie finde ich doch zu wenig Anhaltspunkte. Ich glaube also, dass wir darum eine grössere Ähnlichkeit der Anfälle mit epileptischen vor uns haben, weil der Nachahmungstrieb mit ins Spiel kam, und dass wir bei Anschluss dieses Faktors sehr wahrscheinlich ein reineres Bild der Hysterie erhalten hätten.

7. Emma E.,

13-jährig. Aufnahme: 5. I. 1895.
Vater, Schreiner, gesund; Mutter, Hausfrau gesund.
Grossvater geisteskrank, versorgt.

Das Mädchen litt mit 9 Jahren an Scharlach, war sonst immer wohl. Seit 5 Tagen klagt es über Schmerzen im Unterleib (linke Fossa iliaca) und erzählt den Eltern es habe vor ½ Jahr eine 1½ Cm. lange Nadel verschluckt, als es, mit einer Handarbeit beschäftigt, Brot gegessen habe. Sofort sollen stechende Schmerzen im Hals aufgetreten sein, die aber rasch vorübergingen. (Daraus schloss das Kind, dass es eine Nadel, die ihm nachher fehlte, verschluckt haben müsse). Erst bei Ausbruch der Unterleibsschmerzen berichtete es darüber seinen Eltern, weil es glaubte durch die alte Erinnerung eine Erklärung für die Schmerzen gefunden zu haben.

Der Vater klagt, dass sein Kind nicht gerne arbeite und trotz aller Strafe sehr oft lüge.

Befund. Gutentwickeltes, wohlgenährtes Mädchen mit kräftiger Muskulatur. Die Brustorgane vollkommen intakt, ebenso Leber und Milz. Das Abdomen gut gewölbt, weich, ohne abnorme Resistenzen. In der linken Fossa iliaca augenblicklich beim palpieren ein scharf

umschriebener Druckschmerz. Im Uebrigen nichts von Bedeutung. Allgemeinbefinden geordnet.

Patient wird auf flüssige Kost gesetzt und beobachtet. Ihr Benehmen war nicht gerade vertrauenserweckend, so dass der Verdacht auf Hysterie, eventuell Simulation wach wurde. Man eröffnete ihr nun, dass, wenn sie wirklich eine Nadel verschluckt habe, eine schwere und gefährliche Operation vorgenommen werden müsse. Tagsdarauf waren denn, wie erwartet, die Schmerzen weg und Patient äusserte, dass sie selbst nicht mehr glaube eine Nadel verschluckt zu haben, es müsse eine Täuschung gewesen sein.

Katamnese: War nach der Entlassung auffällig gereizt, zumal der Pflegvater sie „eine infame Lügnerin hiess, die er eigentlich am liebsten tüchtig abgeklopft vor die Türe stellen möchte". Der Mutter widersprach sie beständig, war mit den Gedanken nie recht bei der Arbeit, war meist mürrisch, unzufrieden, starrsinnig, undankbar. Zeitweise geriet sie nach durchaus angebrachten Vorwürfen ganz ausser sich und verstieg sich zu Ausserungen wie: „sie werde das Haus anzünden", „sich das Leben nehmen" u. s. w. Die Pflegmutter, Mitglied der Heilsarmee, erachtete es als Gewissenspflicht, ernstlich, aber mit Geduld und Hingebung an dem Kinde zu arbeiten, erntete aber nur Enttäuschung. Besser fuhr ihr Mann, der gelegentlich mit einer gut sitzenden Ohrfeige oder Maulschelle dreinfuhr. Das wirkte, wie er sich ausdrückte, besser als die Aufopferung meiner Frau. „Das Kind konnte gut und fleissig sein, wenn es nur wollte." „Mir gegenüber nahm es sich zusammen; wenn ich in der Nähe war, gieng alles gut."

Es ist hier zu Lande ein bekannter Brauch nach der wohleingebrachten Ernte den „Krähhahnen" zu feiern, was etwa so viel heisst als eine Nacht bei Schmaus und Wein fröhlich zusammenzusitzen, bis der Morgen graut und der Hahn kräht. So geschah es auch im Hause des Bauers, von dem wir reden. Die Emma hatte Erlaubnis bekommen beim Essen zu sein; sie war sogar nötig zum auf- und abtragen. Die Gesellschaft wurde lustig, die Pflegeeltern vergassen das Kind, und die Umsitzenden forderten es wiederholt zum Trinken auf. Als man nun auseinander gegangen war, kroch das Mädchen wie toll auf allen Vieren in der Stube herum, und erzählte fortwährend merkwürdige Sachen von ihrem geisteskranken Grossvater, die sich späterhin alle bestätigten; bei drei Stunden mochte sie so in grösster Aufregung — „ausser sich" — wie der Mann meint, der zur Stunde wahrscheinlich auch nicht ganz bei sich war, — herumgekrochen und herumgesprungen sein, und von dieser Zeit an litt sie nun an eigenartigen epileptiformen Anfällen, die bald alle 14 Tage, bald 4—6 wöchentlich auftraten. Der Mann wollte sie nun nicht mehr im Hause haben und versorgte sie mit Hülfe der Gemeinde zur Heilung in der Anstalt für Epileptische in Zürich, wo sie genau ein Jahr verblieb. Der Anstaltsarzt beschreibt

uns den Charakter der Person ganz wie wir ihn schon kennen. Ueber die Anfälle berichtet er, dass die anfänglich in der Anstalt beobachteten rein hysterisch gewesen seien, und dass nur zwei Anfälle aus späterer Zeit des Aufenthaltes als sicher epileptisch zu bezeichnen wären. Der Arzt schreibt dann weiter: „Im Januar 1899 traten wiederholt, ohne dass Anfälle unmittelbar vorangingen oder folgten, Zustände von Verwirrtheit auf, die jeweilen einige Stunden dauerten. Patient stand plötzlich mit kongestioniertem Kopfe auf, lief planlos umher, schlug um sich, und musste jeweilen isoliert werden. Im Isolierzimmer lief sie lebhaft umher, schlug an die Wände und an die Fenster, drängte zur Thür hinaus, und plauderte unverständlich vor sich hin. Nach solchen Anfällen wurde sie allmälig ruhig, und schlief gut. Nachher wollte sie nicht wissen, was vorgefallen war; auch war sie dann reizbar, zornig und verschlossen. Geistig war die Kranke im Ganzen recht frisch, Gedächtniss und Intelligenz in der anfallsfreien Zeit nicht wesentlich gestört. Körperlich gesund und kräftig.

Zur Zeit arbeitet sie als Dienstmagd auf dem Lande; ihr Zustand ist nur wenig verändert.

Der hysterische Charakter des Kindes tritt hier so ausgesprochen zu Tage, dass die Diagnose mit Leichtigkeit zu stellen war. Von besonderem Interesse ist nur die Erscheinung, dass ein einmaliger Excess in alkoholischen Getränken genügte, um auf der gegebenen Grundlage ein wohlgestaltetes Krankheitsbild mit regelmässigen Anfällen und freien Intervallen wachzurufen.

Wir sehen weiterhin als Bekräftigung des früher Gesagten, wie unter dem Einfluss der epileptischen Umgebung die hysterischen Anfälle epileptoiden Charakter annahmen, ohne dabei von den üblichen Folgen der Epilepsie begleitet zu sein. Der Arzt berichtet ausdrücklich, dass Gedächtnis und Intelligenz keine nachweisbare Störung erlitten. Dennoch lässt sich nicht leugnen, dass doch wohl Anklänge an Epilepsie, beziehungsweise einen epileptischen Charakter, im Bilde enthalten sind, beispielsweise die ausserordentliche Gereiztheit und Zornmütigkeit, in der sich das Kind zu Ausdrücken verstieg, sie werde das Haus anzünden — sich das Leben nehmen. Auch für Schwachsinn wären diese Symptome zu verwerten, doch hören wir weiterhin nichts, dass das Kind psychisch minderwertig veranlagt war.

8. Rosa R.,

9½-jährig. Aufnahme: 29. II. 1896.

Vater, Kanzlist, zweimal wegen Nervenleiden in einer Irrenanstalt behandelt. Mutter gesund.

Gut entwickeltes Mädchen, von gesundem Aussehen; soll zu Hause täglich bis 6 mal an Anfällen gelitten haben, die teils typisch epileptisch, teils aber dadurch charakterisiert waren, dass Patientin benommen wurde, in Konvulsionen fiel, und nach Ablauf dieser Konvulsionen in grosser Unruhe verwirrtes Zeug redete, lachte, heulte und laut aufschrie. Dauer der Anfälle 15 Minuten bis 2 Stunden.

Die körperliche Untersuchung konnte nichts Auffälliges konstatieren, keine sensiblen Störungen, nirgends Druckschmerz. Die intellektuelle Entwicklung wurde für sehr gut erachtet. — Beständig leichte Erregung und ausgesprochene Neigung sich wichtig zu machen, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Nur einmal beim zu Bette gehen erklärte sie plötzlich: Es wird mir schwindlig, verdrehte die Augen, und fiel zu Boden. Auf energisches Zureden des Wartepersonals erhob sie sich aber bald wieder, und die Szene war abgethan. — Wurde nach kurzer Zeit, da die Anfälle nicht wiederkehrten, entlassen.

Katamnese: Anamnestisch ist nachzutragen, dass das Kind, väterlicherseits schwer neuropath. belastet, viel an plötzlich auftretenden Ohnmachtsanfällen litt, aber nie eigentlich krank war. Die Krankheit, wegen der sie in Behandlung war, brach aus nach einer barschen Züchtigung durch den Lehrer, als sie in der Schule eine Rechnung unrichtig nachsprach. Dieser nahm sie an den Schultern und soll sie kräftig geschüttelt haben, obs auch Hiebe setze, kann sie nicht mehr sagen. Die Mutter versichert, dass alle Anfälle, die sie nach diesem Schulschreck zum ersten mal beobachtete, wie folgt verliefen: Mitten bei der Arbeit hielt die Kleine inne, liess die Arme fallen, neigte den Kopf müde vornüber, und seufzte tief auf: „Jetzt kommts.“ Dann hob sie den Kopf wieder und begann ganz langsam vor sich her zu rechnen 6×6 gleich . . . Plötzlich traten die Zeichen grosser Angst im Gesichte auf und der Ausruf: „Mutter jetzt schüttelt er mich,“ worauf sie am ganzen Leibe zu zittern begann. Nach 4—6 Minuten trat wieder Beruhigung ein, das Kind wurde leichenblass und verfiel in einen kurzen Schlaf (bis 15 Minuten), aus dem es völlig munter erwachte mit totaler Amnesie. Kurz vor dem Eintritt ins Asyl beobachtete die Mutter nachts mehrmals Schlafwandeln. Das Kind, das sie absichtlich zu sich ins Bett genommen hatte, wurde unruhig, sass dann auf, erhob sich mit geschlossenen Augen, und lief wie eine Seiltänzerin über die Kante der Bettstelle, setzte in einem weiten Sprung auf den Tisch und vom Tisch auf das Sopha, wo sie minutenlang hin und herlief. Zuweilen kehrte sie freiwillig wieder ins Bett zurück, andere Male begann sie mit der Mutter zu reden: „Mutter ich mache jetzt das und das,“ und

vollführte alle Bewegungen, wie wenn sie wirklich eine bestimmte Arbeit in Händen hätte. Ein ander mal glaubte sie sich auf einer Wiese, sah wunderschöne Blumen, die sie auf dem Boden herumspringend pflückte und der Mutter als vermeintlichen prächtigen Strauss entgegenstreckte; alles mit geschlossenen Augen und traumhaftem Bewusstsein.

Nach der Entlassung aus dem Spital litt sie noch längere Zeit an Anfällen von grosser Müdigkeit. Nachts im Traume sprach sie ganze Gedichte vor sich hin, ebenso wenn sie wegen Müdigkeit während des Tages eingeschlafen war. Dann und wann klagte sie über diffusen Kopfschmerz, die Anfälle von Somnambulismus und Schreckhallucinationen aber waren weg. Sie konnte ohne Unterbruch während der drei folgenden Jahre die 4. u. 5. Klasse der Primarschule in Zürich absolvieren und nachher in Fehraltdorf, wohin sie zu Verwandten gebracht wurde, die sechste Klasse. Sie scheint sehr aufgeweckt. Das Lernen fällt ihr leicht, sie freut sich nun, die Sekundarschule besuchen zu dürfen. Die körperliche Entwicklung ist gut, ebenso das Aussehen. Das Töchterchen macht den Eindruck eines noch ächt kindlichen, frohmütigen, lebhaften Wesens.

Überreizung durch den Schulunterricht und eine körperliche Züchtigung durch den Lehrer scheinen in diesem Fall das zweifellos hereditär begründete Leiden zum Ausbruch gebracht zu haben. Der Vater des Kindes, Buchhalter, litt an periodischen Anfällen von grosser Unruhe, die ihn überall herumtrieb und zu vielen unüberlegten Handlungen veranlasste. Zuweilen artete die Erregung in eigentliche Tobsucht aus; man war alsdann genötigt, ihn zu internieren. Die Dauer dieser Anfälle betrug 3—5 Tage.

9. Louise S.,

9jährig. Aufnahme 13. März 1874.

Vater, Fabrikarbeiter, gesund. Mutter an einer Gebärmutteraffektion gestorben; war sehr nervös. Vier ältere Geschwister gesund. Weder Phthyse noch Nervenkrankheiten in der Familie.

Patientin war gesund bis vor etwa Jahresfrist. Damals traten spontan zwinkernde Augenbewegungen auf, die entgegen allem Tadel sich rasch verschärften, und von ungewolltem Rückwärtsbeugen des Kopfes begleitet wurden. Sie sollen aber, wie der Pflegevater hervorhob, immer nur nach besonderen Anlässen, etwa Ueberanstrengung oder Aufregung, sich gezeigt haben. Fliegende Schmerzen in den Schultern, im Ellbogengelenk, den Beinen, und Herzklopfen kamen später hinzu. Nach einem ziemlich ruhigen Intervall während der

warmen Jahreszeit zeigten sich im Laufe der Herbstmonate dann und wann sehr intensive, krampfartige, Schmerzen im Leib, die mitunter solche Intensität annahmen, dass die Kleine genötigt war, allerlei hüpfende Bewegungen in der Stube herum zu machen. Diese Schmerzanfälle überraschten sie auch mitten im Schlaf. Zwischen denselben völliges Wohlsein. Unter ärztlicher Behandlung gingen die Erscheinungen für Monate zurück, traten aber später wieder auf, und wurden Veranlassung zur jetzigen Spitalbehandlung.

Untersuchungsbefund. Mittelgrosses, ordentlich entwickeltes Mädchen, von gutem Ernährungszustand. Haut ohne Besonderheiten. Herzgegend abgeflacht, Abdomen im Epigastrium druckempfindlich, wenig gespannt. Die innern Organe intakt. Während der Untersuchung zeigten sich vereinzelte deutlich choreatische Bewegungen des Kopfes, der Lider, der Arme, der Finger. Patientin klagte über spontane Schmerzen im Epigastrium und der linken regio deltoidea. Man verordnet Sol. Fowleri 3 × tägl. 5 Tropfen.

Nach zwei Tagen bot sich abends Gelegenheit, die erste der erwähnten Schmerzattaquen zu beobachten. Patientin warf sich im Bette umher, indem sie den Rücken abwechselnd nach beiden Seiten krümmte. Der Kopf wurde hin und her bewegt, mit Armen und Beinen rhythmische Streckbewegungen ausgeführt. In Verbindung mit diesen Erscheinungen klonische Krämpfe der Bauchmuskulatur, so dass sich die Bauchdecken in starken, schnellenden, Oscillationen hoben und senkten, wodurch der Mageninhalt in schwappende, plätschernde, Bewegung geriet. Puls 132, Respiration 24, Temperatur nicht erhöht. Der Anfall dauerte 7 Minuten. Das Bewusstsein war völlig erhalten; Patientin klagte über Schmerzen im Epigastrium. Mit Ablauf der Motilitätsstörungen sistierte der Schmerz; Patientin schlief dann die ganze Nacht.

Im Laufe von drei Wochen wiederholten sich diese Anfälle noch mehrmals — genau in der geschilderten Weise. Mit der vierten Woche zeigte sich im Gesicht und am behaarten Kopf eine leichte Eczemeruption. Zwei weitere, viel schwächere Anfälle, wurden durch sofortige Applikation des Induktionsstromes mit Drahtpinsel in kürzester Frist beseitigt. Seither völliges und anhaltendes Wohlsein. Das Körpergewicht stieg von 24,9 Ko. auf 28,3 Ko. in vier Wochen. Patientin wird entlassen.

Wir haben hier den seltenen Fall einer rein sensiblen hysterischen Neurose vor uns; psychische Symtome fehlen vollständig. Dass auch hier nicht etwa ein Organleiden den Erscheinungen zu Grunde lag, beweist der prompte Erfolg des Induktionsstromes. Henoch bemerkt in seinem wiederholt zitierten Werk, dass er im Ganzen nur drei solche Krankheitsbilder kennen gelernt habe.

Leider konnte ich die Patientin, die jetzt 35 Jahre zählen muss, nicht ausfindig machen. Sie hat zuletzt als Dienstmagd in Horgen gearbeitet (bei einem Milchhändler), und soll von da vor Jahresfrist nach Frankreich ausgewandert sein. Ihr letzter Arbeitgeber, offenbar erstaunt über die Anfrage, schreibt, sie sei eben gewesen „wie andere Dienstmägde auch“. Mehr liess sich leider nicht in Erfahrung bringen.

---

10. Anna M.,

11-jährig. I. Aufnahme: 20. XII. 1883. II. Aufnahme: 15. XII. 1884.

Vater, Schreiner, gesund; Mutter und 6 Geschwister ebenso. Grossvater mütterlicherseits litt an epileptiformen Anfällen.

Anna M. litt während der ersten drei Lebensjahre an Ecclampsia infant. Dennoch entwickelte sie sich ordentlich, und ist bis vor zwei Jahren nie ernstlich krank gewesen. Damals stellten sich bei ihr eigenartige Zufälle ein, darinbestehend, dass sie plötzlich — bei Tag oder Nacht — aufschrack, und durch Thür oder Fenster davon flüchtete, in der Meinung sie werde verfolgt. So bis 8 mal täglich. Gegen eine im Hause wohnende Verwandte trat sie dabei wiederholt so aggressiv auf, dass diese genötigt war, wegzuziehen. Ausserdem zeigten sich Gesichtshallucinationen — sie meinte ihre tote Grossmutter und andere verstorbene Personen zu sehen.

Diese Attaquen wurden zwischenhinein abgelöst durch andersartige, wo Patientin einfach hinstürzte, mehrere Minuten bewusstlos liegen blieb, um dann spontan wieder aufzustehen, und in der frühern Beschäftigung ruhig weiter zu fahren. Zuweilen schützte sie sich vor dem Fall durch anklammern an einen Gegenstand, oder durch anlehnen an eine Wand. Im Freien blieb sie immer von Anfällen verschont, auch wenn sie den ganzen Tag draussen war.

Ueber ein Jahr dauerte dieser Zustand an, wiewohl ab und dann ein längeres freies Intervall sich zwischenschob. Die warme Jahreszeit wirkte entschieden wohlthuend (viel Aufenthalt im Freien), der Winter dagegen brachte wieder neue und schlimme Erscheinungen. Die Kleine wurde urplötzlich von Krämpfen im Hals befallen, dass sie zu ersticken drohte. Während aber die bestürzten Angehörigen zum Arzte liefen, wurde die Athmung ebenso rasch wieder frei, das Kind erholte sich. Zweimal zeigte sich für Tage eine so grosse Schwäche der Beine, dass Patientin nur am Boden herumrutschen konnte. Späterhin erschienen auch die oben beschrieben Paroxysmen wieder, dagegen nie mehr in Begleitung von Hallucinationen, wohl aber im Wechsel mit Schrei- und Lachkrämpfen. Nur ausnahmsweise fühlt Patientin

den Anfall kommen. Es wird ihr dann heiss im Kopf, sie bekommt rote Ohren, blaue Ringe um die Augen, und fällt dann hin. Nachher völlige Amnesie, etwas Mattigkeit, keine Schmerzen. Die Intelligenz hat bis jetzt absolut nicht gelitten. Das Mädchen ist eine tüchtige Schülerin und ebenso anstellig in den Hausgeschäften.

Die Untersuchung in der Anstalt ergab nichts Besonderes. Körperliche Entwicklung ordentlich. Fragen werden prompt und verständig beantwortet; nicht die geringsten Spuren einer psychischen Störung.

Schon kurz nach dem zu Bette bringen traten rasch nach einander drei der erwähnten Anfälle auf, worüber die Krankengeschichte folgendes berichtet:

Patientin liegt im Anfalle völlig ruhig da, die Arme meist unter den Kopf geschlagen. Die Athmung ist nicht beschleunigt, die Muskulatur im Zustande der Kontraktion, bei passiven Bewegungen intensiver Widerstand. Dann und wann laufen leichte Zuckungswellen über den Körper. Die Bulbi wandern nach allen Seiten hin und her, die Zunge bewegt sich im krampfhaft geschlossenen Mund. Zuweilen dreht sich Patientin, wie im Schlafe, und tastet mit den Händen an der Bettstelle herum. Sie gibt auf Fragen oder Anrufen keine Antwort. Dennoch muss der Gehörsinn percipieren, denn sie führt kleine Befehle aus, spannt beispielsweise die Muskulatur des Armes oder Beines, und lässt sie auf Kommando wieder erschlaffen. Alle Reflexe sind erhalten. Auf Anblasen schrickt sie zusammen; auf Nadelstiche reagiert sie durch wegziehen der Teile. Die Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall. Oefters niesst sie während des Anfalles; immer ist die Hyperaemie der Ohrmuscheln sehr deutlich. Auf Applikation des farad. Stromes mit trockener Elektrode macht sie lebhafteste Abwehrbewegungen und schreit heftig, will aber keine Antwort geben, und scheint nichts zu hören. Nach einer Viertelstunde der Einwirkung des Stromes sitzt sie auf, und ist völlig ruhig. — Ein späterer Anfall wurde durch Faradisation in zwei Minuten coupiert. Seither blieben sie weg. Patientin wird, nachdem seit Monatsfrist alle krankhaften Erscheinungen verschwunden sind, im besten Wohlsein nach Hause entlassen. An Medikamenten wurden verabreicht Eisen und Brom in kleinen Dosen; dazu erhielt sie täglich etwas Malaga. Das Körpergewicht stieg um 2 Ko.

Nach fast Jahresfrist machte ein Recidiv, das im Laufe von Wochen immer akutern Charakter annahm, die abermalige Aufnahme in die Anstalt nötig. Die Erscheinungen gingen aber unter rein expectativer Behandlung sehr rasch vorbei. Neues wurde nicht beobachtet. Schon nach drei Wochen konnte die Entlassung erfolgen.

Katamnese. Patientin, heute eine 27-jährige Frau, macht folgende Angaben. Aus Furcht vor dem elektrisieren blieb sie 2½

Jahre von den Anfällen befreit, und lebte bei ihren Eltern in Andelfingen. Trotz des relativ guten Gesundheitszustandes erlaubte ihr der Arzt nicht, die Schulen zu besuchen, so dass sie thatsächlich nie zur Schule gegangen ist. Als Ersatz erhielt sie Unterricht von ihren Eltern und Brüdern, und späterhin auch einige Stunden von einem befreundeten Lehrer; und da sie begabt war, kam sie dabei so weit als ihre Altersgenossen. Mit 16½ Jahren begann der Unterricht für die Konfirmation. Das Zusammensein mit vielen andern in einem kleinen Zimmer machte ihr Herzbeklemmung, und bald zeigten sich wieder Anfälle wie früher. Sie bekam Angst, wurde unruhig, dann legte sichs wie ein schwarzer Schleier über das Gesicht, sie sank zusammen, und verdrehte die Glieder und die Augen. Nichtsdestoweniger genoss sie den Unterricht zu Ende, und wurde 1889 konfirmiert. Dann trat sie als Arbeiterin in eine Steinschleiferei, wo sie allerlei feine Handarbeit zu besorgen hatte. Die damit verbundene Anstrengung steigerte die Zahl der Anfälle zusehends, so dass sie wieder ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen musste. Der Dorfarzt behandelte sie dann durch Suggestion, und hatte die Freude, nach kurzer Zeit die Anfälle unterdrückt zu sehen. Er verbot ihr auch aufs strengste den Genuss alkoholischer Getränke. Ueber ein Jahr blieb sie so ganz frei, und befand sich äusserlich wohl aber innerlich unter einem eigenartigen Druck, den sie nicht beschreiben kann. Sie äussert sich heute dahin, sie wolle lieber ihr Leiden behalten als sich wieder hypnotisieren lassen.

Nun begab es sich, dass ihre ältern Brüder sie zu einer Fahrt nach Zürich einluden. Nachdem sie die Stadt etwas beschaut, kehrten sie in einer spanischen Weinhalle ein, angeblich in der Meinung, süsse Weine würden der Schwester nicht schaden. Diese trank zwei Gläschen griechischen Wein, und wurde zur Stunde von einem Anfall ereilt, der sich in nichts von den frühern unterschied. Während mehrerer Tage wiederholte Anfälle, die seither nicht mehr zurückgingen, mit Eintritt der Menses aber spärlicher wurden, und seit vielen Jahren etwa alle zwei Monate auftreten.

Mit 19 Jahren erschien die Periode. Sie war und blieb regelmässig, vierwöchentlich, reichlich, schmerzlos, und übte einen beruhigenden Einfluss auf die Kranke aus. Sie fühlte sich wesentlich wohler, und wurde heiterer und lebensfroher. Fünf Jahre später trat sie in den Ehestand. Sie hat keine Kinder. Ihr Mann soll ausserordentlich lieb und rücksichtsvoll gegen sie sein. Das Eheleben brachte im Gesundheitszustande keine Veränderungen. Im Jahre 1892 und Winter 1898/99 litt sie an Magengeschwüren, und soll schwere Blutverluste gehabt haben. Die Anfälle blieben beide Male längere Zeit aus. Seit zwei Jahren beschäftigt sie sich in einer Kleiderfabrik. Es geht ihr dabei leidlich. Muss sie intensiv arbeiten, was vorübergehend vorkommen kann, oder wird sie psych. tiefer bewegt, so schläft sie nachts

sehr schlecht, und spürt in allen Muskeln eine grosse Unruhe, die sie zu beständigem Lagewechsel nötigt. Ihr Mann versichert, dass sie nachts viel mit rollenden Augen daliege, wie im Anfall.

Patientin ist mittelgross, schlank, etwas gracil gebaut. Sie sieht ganz ordentlich aus, der Gesichtsausdruck ist frisch, lebhaft und intelligent, die Pupillen etwas weit und sehr wenig reagierend. Sie antwortet verständig und natürlich, und macht einen recht guten Eindruck. Aus Angst besann sie sich vier Wochen, bis sie sich entschliessen konnte, unserer Einladung Folge zu leisten. Sie kann keine Kirche und kein öffentliches Lokal, auch keinen Umzug und dergleichen besuchen, aus Furcht, ihre Anfälle zu bekommen. Diese sollen jetzt seit Jahresfrist ernster verlaufen als früher. Es scheint sich dem Anfall Dyspnoe zuzugesellen, die Kranke wird cyanotisch und droht zu ersticken. Lebhaftes Kneten und Reiben weckt die Athmung wieder; die Herzaktion wird polternd, das Gesicht und die Brust erst blass, dann zitronengelb und schliesslich kehrt das Bewusstsein zurück und mit ihm ein Gefühl totaler Abgeschlagenheit. Dauer des ganzen Vorganges über eine halbe Stunde; meist besteht keine Amnesie.

Die Eltern und sieben teils ältere, teils jüngere Geschwister leben noch, und sind ganz gesund. Ein Bruder bekam ein einziges Mal, als er in der Schule körperlich gezüchtigt wurde, einen identischen Anfall. Der Arzt habe erklärt, es sei das Nachahmung.

Das Allgemeinbefinden ist ziemlich geordnet, der Appetit gut, Schlaf nicht immer erquickend. Ab und zu beim Erwachen etwas Kopfschmerz; Stuhl angehalten. Exurese normal. In der jüngsten Zeit Klagen über starke Abnahme der Sehkraft.

Die ersten Data der Anamnese erinnern mit Ausnahme der hallucinat. Wahrnehmung der längst verstorbenen Grossmutter sehr an Epilepsie, doch lässt bereits der Wechsel der Anfälle und ihr Ausbleiben beim Aufenthalt im Freien, das wahre Leiden deutlich erkennen. Diese ausgesprochene Abhängigkeit der Erscheinungen von äusseren Faktoren, die sich späterhin noch viel deutlicher ausprägt, ist bei der Epilepsie ganz ausgeschlossen. — Mit der vollen Entwicklung der Krankheit wird das Bild der Paroxysmen so manigfaltig, dass eine Fehldiagnose nicht mehr möglich ist. Zuletzt sehen wir noch, dass auch hysterische Anfälle eine Aura haben können.

Beachtenswert ist die sofortige Heilung des Recidivs durch die blosse Wiederaufnahme in die Anstalt — die augenscheinliche Wirkung der Summe von Eindrücken, welche das

Kind beim ersten Aufenthalt gewonnen hatte. Das genaue Analogon dieser Erscheinung zeigt sich auch, wenn wir die erste Wirkung des farad. Stromes mit der zweiten vergleichen. Dort dauerte es 15 Minuten bis zum Eintritt des gewünschten Erfolges, hier nur mehr zwei Minuten, auch blieben jetzt die Anfälle ganz und gar weg.

Das, was wir als Inbegriff der hysterischen Anlage fassen, jene ausserordentliche Sensitivität und Abhängigkeit von der Umgebung und bestimmten Vorstellungen, kommt auch in der Katamnese noch sehr anschaulich zum Ausdruck. Aus Furcht vor dem elektrisieren bleibt die Tochter 2½ Jahre anfallsfrei — das Verbot des Schulbesuches mit der folgerichtigen Vorstellung, der Schulbesuch sei ihr nicht zuträglich, bedingt den Wiederausbruch des Leidens, sobald sie dem Konfirmationsunterricht beiwohnen muss — ebenso bewirkt jede intensivere Beschäftigung eine Steigerung der Anfälle, hatte man ihr doch gesagt, dass sie niemals angestrengt arbeiten dürfe — ganz ähnlich der Einfluss des einmaligen vorbotenen Alkoholgenusses, nachdem die Tochter auf ärztliche Verordnung hin etwa ein Jahr abstinent gelebt hatte. Mir scheint, dass auch hier die innere Beunruhigung über die möglichen Folgen weit mehr dazu beitrug das Leiden wieder manifest zu machen, als die physische Schädigung durch den geringen Weinkonsum. Es ist ersichtlich, wie bei solchen Verhältnissen durch an sich ganz berechtigte und wohlgemeinte Ratschläge und Rücksichten doch sehr leicht Schaden gestiftet werden kann.

Interessant ist der wohlthuende Einfluss der Menses und das zweimalige völlige Verschwinden der Attaquen im Anschluss an Magenblutungen. Es scheint fast, dass wir hier als pathologische Grundlage des Leidens eine vorübergehende Hyperaemie gewisser Rindenbezirke annehmen dürfen; daher das Fehlen der Anfälle nach Blutverlusten, umgekehrt die allgemeine motorische Unruhe bei Anlässen, welche den Blutzufluss zum Gehirn steigern.

Die ungewöhnliche Impressibilität einer hysterischen Konstitution findet ihren klassischen Ausdruck in dem Anfall,

der den Bruder der Kranken im Anschluss an eine körperliche Strafe durch den Schulmeister traf. Dieser Bruder hatte nie Symptome manifester Hysterie gezeigt, und blieb auch in der Folge von ihnen durchaus frei, der Anfall war der erste und einzige. (Ich verweise auf den analogen Fall, über den die Katamnese von Nr. 12 berichtet.)

11. Bertha F.,

10 ½-jährig. Aufgenommen 30. I. 1891.

Vater, Mühlemacher, vitium cord; sehr nervös; Mutter leicht erregbar, jähzornig.

Der Geburt des Kindes gingen zwei Fehlgeburten und eine Frühgeburt voraus.

Patient wurde ausgetragen geboren, bestand mit zwei Jahren eine Attaque von Pseudocroup und langandauerndem Lungenkatarrh. Schon mit 4 Jahren begannen Klagen über Kopf- und Rückenschmerzen; die körperliche Entwicklung verlief indess ganz ungestört. In der Schule war das Kind tüchtig und fleissig, begann aber die Klagen über Kopfschmerz häufiger zu äussern, und wurde dann jeweils von den Eltern zu Hause behalten. Im Frühjahr 1890 stellten sich anfallsweise auftretende Schmerzen im rechten Bein ein, die sich namentlich über die Wadengegend erstreckten und die Kleine angeblich zum Hinken zwangen. Die Eltern schöpften aber aus der Art, wie das Kind die Sache vorbrachte, den Verdacht es suche einen Vorwand, um die Schule auszusetzen, und schickten das Kind doch hin. Da aber die Schmerzen anscheinend heftiger wurden, liessen sie den Arzt rufen, der spirituelle Einreibungen verschrieb. Nach 14 Tagen konnte es wieder zur Schule gehen, allerdings immer noch leicht hinkend. Im Laufe der nächsten drei Monate wiederholte sich diese Geschichte drei mal.

Im Herbst 1890 tauchten Klagen auf über eigenartige Empfindungen: „Der Rückgrat ist wie ein Stück Eisen"; „ich friere immer", „ich will lieber zu Hause bleiben, als in die Schule gehen", „ich bin müde am ganzen Körper", „ich habe nicht eigentlich Kopfweh", „die Nerven hinten oben thun mir weh," u. s. w. Gelegentlich fand die Mutter das Kind mit den dicksten Kleidern angezogen in Mantel und Pelzhandschuhen in der Stube sitzen. — Trotz allen diesen Klagen war der Appetit immer vortrefflich.

Nach Neujahr 1891 trat ein neues Symptom auf: — das Mädchen konnte plötzlich beim Erwachen nicht mehr laut reden, es flüsterte kaum hörbar. Die Erscheinung verlor sich in wenigen Stunden, stellte sich aber von Zeit zu Zeit wieder ein, und immer ohne eine lokale oder

äussere Veranlassung. Dennoch schritt man gegen das Uebel ein. Man reichte Hausmittel, der Arzt liess inhalieren und verordnete Bettruhe, alles ohne Erfolg. Im Gegenteil, die Klagen mehrten sich von Tag zu Tag. Die Kranke wurde von Bangigkeit gequält, spürte würgen im Hals, „wie wenn sie ersticken müsste", verdrehte die Augen, schnitt Grimassen, weinte laut, und machte sich am ganzen Körper steif wie ein Brett. Dann plötzliches Aufschrecken und Erwachen wie aus einem Schlaf; totale Amnesie über das Vorgefallene. Alle diese Erscheinungen traten mehr und mehr in scharf umschriebenen Attaquen mit verschieden langen Zwischenräumen auf, und dauerten ½—3 Stunden. Die vom behandelnden Arzt verordnete Medikation war völlig erfolglos.

Wenige Tage vor der Verbringung ins Spital wurde die Kleine beim Betten auf einen Sessel gebracht. Sie verlangte nun aufzustehen, vermochte sich aber vor Schwäche und Tremor der Kniee nicht auf den Beinen zu halten, und blieb daher beständig zu Bett. Stets waren immer wenigstens zwei Personen anwesend, um, wenn der Anfall käme, die Kleine im Bette zu halten, da sie sich alle Mühe gab, hinauszustürzen. Nachts schlief die Mutter aus Besorgniss neben ihr. Als Folge dieser guten Abwartung fortwährende Verschlimmerung des Zustandes. Anfall folgt auf Anfall, kaum dass die Kleine nachts noch einige Stunden Ruhe hatte. Ereilt sie der Paroxysmus, so wird sie steif, reckt die Arme in die Höhe, schneidet entsetzliche Grimassen, fällt dann gelegentlich auch in Konvulsionen, wobei sie um sich beisst und kratzt. Schluss immer, wie erwähnt, durch heftiges Erschrecken, erwachen wie aus einem Traum, Amnesie, Klagen über würgen im Hals, Kopfweh, Flüsterstimme. Appetit und Durst ganz kolossal. Gelegentlich nach dem Anfall anscheinend leblos.

Status der Aufnahme. Kleine Patientin mit etwas scheuem Wesen und leicht halonierten Augen. Gesichtsausdruck intelligent. Die Schleimhäute durchaus in Ordnung. Pupillen mittelweit, gleich, gut reagierend. Kleine Struma. Abtasten der Kehlkopfgegend macht keine Beschwerden. Flüsterstimme, aber sehr gut artikuliert. An den innern Organen nichts Besonderes. Sensibilität und Reflexerregbarkeit, Muskeln und Temperatursinn zeigen ganz normale Verhältnisse. Patientin behauptet nicht stehen zu können. Auf etwas barschen Befehl hin kann sie es aber doch. Sie geht äusserst schleppend, und steigt sehr ungeschickt ins Bett. Auf scharfe Ermahnung, sich etwas zu beeilen, es gehe schon, geht alles sehr prompt. — Allgemeinbefinden mit Ausnahme von Klagen über Kopfweh, gut.

Zwei Tage nach der Aufnahme äussert die Kranke beim erwachen, „ich bin doch froh, dass ich wieder reden kann." Seither hat die Sprache wieder ihren vollen Klang. — Die Anfälle traten in ähnlicher Weise auf wie oben beschrieben, doch war beachtenswert, dass das Kind während derselben um sich schaute, ob man es auch beobachte.

Bewusstseinverlust war nie zu konstatieren; Patientin antwortete immer während der Attaquen, und setzte jeweils mit den Bewegungen etwas aus. Die Wärterin erhielt nun die Weisung, bei jedem weiteren Anfall die Kleine mit kaltem Wasser zu behandeln. Der Erfolg war durchschlagend; es zeigten sich nur noch zwei leichtere Paroxysmen.

Am vierten Tage der Anstaltsbehandlung zeigte sich ein scharlachähnliches juckendes Exanthem über den ganzen Körper weg mit Steigerung der Temperatur auf 38,4° C. Ord.: Kleienbäder. Wirkung sehr prompt.

Nach 3 Wochen völlig geheilt entlassen.

Katamnese: Trotzdem Patientin wegen Raummangel vorzeitig entlassen werden musste, zeigte sich in der Folge ihr Leiden wesentlich gebessert. Eigentliche Anfälle kehrten nie wieder, so dass sie nach einem längern Landaufenthalt (Feusisberg) die Primarschule absolvieren und zwei Jahre die Sekundarschule besuchen konnte. Wenn sie auch viel von Kopfdruck und Kopfschmerzen geplagt war, die bald auf die Schläfen, bald über die Stirn oder das Hinterhaupt lokalisiert waren und sehr hartnäckig andauerten, so kam sie doch im allgemeinen gut mit, und hatte grosse Lust am Lernen. Späterhin wurde sie zur Erlernung der französischen Sprache in ein Pensionat der Waadt plaziert, wo sie aber so elend genährt wurde, dass eine rasche Versetzung nötig wurde. Um diese Zeit stellte sich auch unter krampfartigen Schmerzen die Periode ein (16. Jahr), die ausserordentlich abundant war und alle 14 Tage wiederkehrte. Diese grossen Blutverluste, zusammen mit einem ungewöhnlich raschen Wachstum des Körpers, riefen einer ausgeprägten Chlorose, die fast zwei Jahre persistierte und das Allgemeinbefinden sehr reduzierte. Das Mädchen war oft so schwach in den Beinen, dass es kaum gehen konnte. Nach und nach aber regelte sich die Menstruation, so dass der Kräftezustand jetzt ein recht ordentlicher genannt werden darf. Die körperliche Entwicklung ist befriedigend, das Töchterchen ist zur schlanken, noch etwas blassen Jungfrau herangewachsen, die dem Hauswesen ihrer Eltern durchaus selbständig vorstehen kann. Ab und zu zeigen sich noch eine leichte Ermüdbarkeit und die erwähnten Kopfschmerzen, sonst ist das Allgemeinbefinden ein gutes.

Dieser und der folgende Fall sind nach dem innern Zusammenhang der Störungen dem vorausgegangenen so ähnlich, dass ich auf das dort Gesagte verweisen darf. Nr. 11. Der ganze Verlauf des Leidens zeigt, dass offenbar schon die allerersten Klagen über Kopfweh, Müdigkeit, und ganz gewiss auch die neuralgischen Schmerzen im rechten Bein, hysterischer Natur waren. Man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, dass auch hier der Arzt, wenn er überhaupt

den Zustand richtig beurteilte, keine sehr zweckmässige Behandlung einleitete. Aber auch die Umgebung des Kindes, voran die Mutter, liess es an Takt und Einsicht fehlen. Um so glänzender mussten sich naturgemäss die Resultate der Spitalbehandlung gestalten, wo man offenbar sofort über das Wesen der Erscheinungen orientiert war.

---

12. Anna G.,

12-jährig. Aufgenommen 5. V. 1891.

Vater, Landwirt, gesund.

Mutter und Grossmutter litten in ihrer Jugend lange Zeit an Konvulsionen; diesem Uebel ist auch eine Schwester der Patientin unterworfen.

Die Mutter gibt ausserdem an, dass sie seit einigen Jahren einen starken Hang zu Schwermut habe.

Patientin war nie ernstlich krank. Seit einigen Monaten aber klagt sie über Kopfschmerz und Magenbeschwerden mit Kratzen und Stechen im Hals, wodurch sie zum Husten gereizt werde. Dieser tritt anfallsweise 2—3 Mal täglich auf, verschwindet nachts völlig. Vor Kurzem wurde sie plötzlich von einem eigenartigen Anfall getroffen. Sie schrie laut auf, raufte sich in den Haaren, biss um sich gegen die Angehörigen und sich selbst in die Finger, warf sich dann auf den Boden, und blieb etwa 10 Minuten scheinbar bewusstlos liegen. Nachher totale Amnesie über den Vorfall. Seither wiederholten sich diese Attaquen alle 2—3 Tage, zudem hat sich der Husten so verschlimmert, dass er die Patientin im Wachzustande keinen Augenblick frei lässt.

Das Mädchen ist gross, kräftig gebaut und gut genährt. Ausser intensiver Rötung des Velum und der Regio tonsillaris am ganzen Körper nichts von Belang. Links vom Nabel eine umschriebene Stelle druckempfindlich. Keine Ovarie, keine Anaesthesien. Betasten des Rachens ruft lebhafte Würgbewegungen hervor. Patientin hustet alle Augenblicke krampfhaft, trocken, laut, wobei die Sternocleidomastoidei deutlich vorspringen. Eine lokale Ursache für den Husten ist nicht zu eruieren. Das Mädchen scheint schüchtern, ängstlich gespannt. Geistige Fähigkeiten und Allgemeinbefinden im übrigen intakt.

Mit dem Eintritt in die Anstalt waren die Anfälle wie abgeschnitten, ja, nachdem der Patientin versprochen wurde, sie dürfte fünf Tage nach dem Wegbleiben des Hustens wieder nach Hause, da blieb auch der Husten völlig aus, und zeigte sich nicht wieder. Entlassung.

Katamese: Die Tante des Mädchens, eine sehr verständige, ruhige Dame, welche das Kind seither nie mehr aus den Augen verlor, macht uns folgende Angaben:

Meine Verwandten in Lungern (Obwalden) beschrieben mir im Frühjahr 1891 brieflich den Zustand der Anna Gasser und baten mich einen tüchtigen Arzt um Rat zu fragen. Ich konsultierte Prof. O. W. in Zürich, der mir riet, die Kleine unverzüglich ins Kinderspital Zürich zu schicken. Aber die Anfälle und der leidende Zustand? entgegnete ich in meiner Unerfahrenheit. „Seien Sie ohne Sorge, das Kind wird gut reisen und keine Anfälle haben.“ Ich verfügte mich sofort persönlich nach L. mit dem festen Entschluss die Kleine nach Zürich zu nehmen. Sie hatte damals wochenlang zu Bette gelegen. und bekam mehrmals täglich ihre Wutanfälle, in denen sie beständig versuchte sich Gewalt anzuthun und bespielsweise mit dem Kopf gegen die Wand oder die Kante der Bettstelle zu rennen. Zwei Personen konnten ihrer kaum Herr werden. Nach den Anfällen war sie ausserordentlich erschöpft, hustete zudem fast ununterbrochen, und sah sehr mager und elend aus.

Nach den von Prof. W. empfangenen Instruktionen erklärte ich der Patientin, ich sei gekommen, um sie nach Zürich zu nehmen; man werde sie dort heilen, wenn sie sich willig füge und nach Kräften zusammennehme. Wir kleideten sie dann an, sie ass noch etwas und dann fuhren wir zur Bahn, da sie vorgab, zum Laufen zu schwach zu sein. Die Fahrt nach Zürich verlief in der That ohne den leisesten Zwischenfall. Im Spital angekommen zeigte, sie sich aber so erschöpft, dass sie kaum hörbar sprechen konnte. Allein, daraufhin war man eingerichtet. Man hiess sie lauter reden, damit man sie verstehe, — „noch lauter“ — „heraus mit der Sprache“ — so, siehst du — sie sprach bald tadellos. Jetzt nötigte man sie aufzustehen und zu gehen, erst in Begleitung der Tante, dann des Professors, und schliesslich allein — auch das gelang überraschend leicht. Von den Anfällen keine Spur. Mehr Schwierigkeiten machte der Husten, doch wich auch der in Kurzem, wie wir oben bereits vermerkten. So verliefen die Tage, während deren sich das seelische und körperliche Verhalten der Patientin so sehr besserte, dass sie bald darauf geheilt entlassen werden konnte. Sie blieb noch zwei Wochen bei ihrer Tante, und kehrte dann nach Hause zurück, wo sie über den Sommer von den Eltern viel im Freien gehalten und nur mit leichten Hausarbeiten beschäftigt wurde. Die Schule nahm sie erst im Winter wieder auf, und absolvierte sie dann ohne weitere Störungen. Da sie fürs Hauswesen und praktische Arbeiten ausgeprägten Sinn hatte, für rein theoretisches Wissen dagegen schwerer bildungsfähig war, kam sie mit 14 Jahren wieder nach Zürich, wo sie während fast drei Jahren in dem grossem Haushalt ihrer Tante mithalf, und bald eine ganze Magd ersetzt haben soll. Sie war immer hell auf, nichts war ihr zu viel, sie arbeitete gründlich und mit Liebe. Mit 17 Jahren kam sie zur bessern allgemeinen Ausbildung ins Waadtland und 1½ Jahre später in eine Familie nach London.

Sie spricht perfekt französisch und englisch und ist sehr redegewandt. Zur Zeit hat sie ein Sommerengagement genommen in einem grossen Hotel der innern Schweiz.

Die Tochter ist heute 21 Jahre alt. Die körperliche Entwicklung ist sehr gut, sie ist gross und sieht blühend aus. Aber sie ist doch leicht erregbar. Die Menses kamen mit 15 Jahren, waren stets regelmässig und haben auf das Allgemeinbefinden anscheinend wenig Einfluss gehabt.

Erwähnenswert ist, dass ein 10-jähriger Vetter der Patientin, der ihre Anfälle wiederholt mitangesehen und grosses Mitleid mit ihr fühlte, nach Wochen ohne weitere Veranlassung von ganz denselben Erscheinungen befallen, aber sehr rasch geheilt wurde. Es handelt sich um einen zarten schwächlichen Jungen, der bis ins 17. Jahr an Enuresis noch. litt; geistig soll er ausserordentlich aufgeweckt gewesen sein. Zur Zeit lebt er in Mailand und befindet sich geistig und körperlich wohl.

---

13. Emma H.,

12-jährig. Aufgenommen 13. XII. 1894.
Vater, Taglöhner, gesund.
Mutter, Hausfrau, chron. Gelenkrheuma und Vit. cordis.
5 Geschwister gesund, 2 Herz- und lungenleidend.

Patientin machte mit einem Jahr Keuchhusten, später Masern durch; seither will sie von innern Krankheiten verschont geblieben sein. Vor vier Jahren traten vorübergehend Anfälle von Konvulsionen („Gichter") auf, die spontan wieder verschwanden. Vor wenigen Wochen erneute Anfälle, die sich oft jede Viertelstunde einstellten, meist aber mit einem Intervall von einer Stunde. Sie sind dadurch charakterisiert, dass Patientin urplötzlich rot wird im Gesicht, zu schwanken beginnt und vor sich hinstarrt. Gefallen ist sie noch nie, ebensowenig fehlt das Bewusstsein.

Status. Mittelgrosses, ordentlich entwickeltes, leidlich genährtes, nicht anaemisches Mädchen. Gesichtsausdruck etwas starr, gespannt; fixiert nicht. Mund und Rachen intakt; kleine Struma. Abdomen nicht druckempfindlich; weder sensible noch motor. Störungen, Reflexe normal. Die innern Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Pat. ist äusserst wortkarg, und scheint sehr misstrauisch zu sein.

Die Nacht nach der Aufnahme verlief sehr unruhig. Patientin schrie viel auf und schlug vorübergehend mit Händen und Füssen um sich. In ähnlicher Art war sie ab und zu während der Tagesstunden alteriert. Unter der Anwendung von lauen Bädern, Chloralhydrat und Brom wurde sie sichtlich ruhiger, der Schlaf besser, der Appetit hob sich, und die Anfälle gingen mehr und mehr zurück. Ein Panaritium

des rechten Daumens wurde injiciert und unter Sublimatverbänden zur Heilung gebracht. Zwei Tage später begannen sich neue, symmetrisch an beiden Daumen und Mittelfingern sitzende Panaritien auszubilden, die in gleicher Weise behandelt wurden. Noch später stellte sich eine leichte Rachendiphtherie ein, die unter Seruminjection ohne hohe Temperatur und Störung des Allgemeinbefindens vorüberging; die Praedisposition zu den beschriebenen Anfällen schien im Gegenteil eher gemildert worden zu sein — sie verschwanden vollkommen, während gleichzeitig das ganze Wesen der Patientin sich merklich zu ihren Gunsten veränderte. Sie erschien mehr und mehr als ein ruhiges, fröhliches, natürliches Kind, und konnte bald geheilt entlassen werden.

Katamnese: Das Kind kam bald nach der Entlassung zu einer Schwester aufs Land, und besuchte die Sekundarschule. Anfänglich ging es sehr gut, das Lernen strengte sie kaum an, sie lernte mit Lust und machte gute Fortschritte, nur im Rechnen war sie etwas schwach. Doch schon nach einem halben Jahr traten scheinbar ohne äussere Veranlassung die beschriebenen Anfälle wieder auf, und zwar bis zu 30 Mal täglich während fast 3 Monaten. Dann kam ein längeres freies Intervall, wo sie den Unterricht wieder aufnehmen konnte, hernach ein neues Recidiv von derselben Dauer und Intensität, und so wiederholte sich der Zustand dreimal im Laufe von zwei Jahren. Der konsultierte Arzt reichte ein weisses Pulver, das die Anfälle etwas abkürzte und milderte, aber keineswegs beseitigte. Der ärztliche Bericht spricht übrigens von gar keiner Besserung, bestätigt aber die Aussagen der Kranken im ganzen Umfange. Der einzelne Anfall war kurz, kaum 1—2 Minuten dauernd, eingeleitet durch ein Angstgefühl, das die Kranke aufjagte und nötigte unruhig herumzuspringen und ab und zu Schreie auszustossen. Gefallen ist sie nie, auch scheinen sich nie Hallucinationen beigemengt zu haben. „Die Angst war die Angst vor dem kommenden Anfall", die zweifellos durch bestimmte Sensationen geweckt wurde, über welche Patientin keinen befriedigenden Aufschluss geben kann. Nach dem Anfall, während dessen die Pupillen kontrahiert und das Bewusstsein zum Teil erhalten war — es bestand nur selten Amnesie — blieb regelmässig grosse Müdigkeit und Schlafsucht zurück. Während der Nacht zeigten sich die Anfälle mehr in Form allgemeiner Konvulsionen und totaler Amnesie.

Das Mädchen ist klein, gut genährt, etwas blass. Eine leichte Hemmung und ein Zug von Aengstlichkeit im ganzen Wesen sind unverkennbar. Es fehlt der kindliche Frohsinn; sie ist viel zu ernst für ihr Alter. Immerhin soll sie nach Aussage ihrer Schwester (Hebamme) viel munterer und fröhlicher geworden sein als früher. Sie hat mit Erfolg früher schon, und auch dieses Frühjahr wieder, kalte Waschungen gebraucht und gegen die Blutarmut einen Versuch mit Haematogen (5 fl.) gemacht, der ebenfalls befriedigend ausfiel. Kürzlich

wurde sie konfirmiert, zählt jetzt 17 Jahre, hilft in der Haushaltung, will aber sticken lernen. Sie ist noch nicht menstruiert. Seit Weihnachten sind die Anfälle ausgeblieben.

Das Krankeitsbild zeichnet sich hauptsächlich aus durch Motilitätsstörungen, durch anfallsweises Auftreten, bald von allgemeinen Konvulsionen, bald von blindem Umsichschlagen mit Händen und Füssen, oder, wie namentlich in den spätern Stadien, von koordinierten Bewegungen. Anscheinend waren es stets eigenartig beängstigende Sensationen oder Angstvorstellungen, welche den Ersscheinungen zu Grunde lagen. Das Mädchen ist offenbar psychopatisch belastet, wofür auch der eigenartige Gesichtsausdruck und das zurückhaltende, scheue, der jugendlichen Fröhlichkeit entbehrende Wesen sprechen. Väterlicherseits finden wir keine veranlassenden Momente, dagegen litt die Mutter an chronischen Gelenkrheuma mit Vitium cordis. Nun erwähnen Moreau und Emminghaus unter den pathologischen Zuständen der Eltern, die erfahrungsgemäss gerne Geisteskrankheiten oder eine neuropathische Disposition der Kinder bedingen, neben den Geistes- und Nervenkrankheiten, der Phthise, Lues, der akuten und chronischen Alkoholintoxikation auch eine rheumatische Diathese. Sie wird sogar nach Moreau von französischen Aerzten ganz besonders hervorgehoben. Nach ihnen soll ein Dritteil der choreatischen und hysterischen Kinder von Eltern abstammen, die rheumatischen Affektionen stark unterworfen waren.

Ueber Autotoxine und ähnliche Körper, die als Reizerreger bei hysterischen Anfällen wirksam sein könnten, habe ich einleitend einiges gesagt. Die Krankengeschichte erwähnt ausdrücklich, dass mit Ablauf der vielen Panaritien das Verhalten der Patientin sich in jeder Hinsicht zusehends besserte. Darum wird es in allen Fällen neben den direkten Indikationen unsere Aufgabe bleiben durch allgemein diätetische Massnahmen, durch einfache, reizlose Kost, Sorge für regelmässige Entleerungen und Hebung des Stoffwechsels der Ansammlung solcher ausscheidungsbedürftiger Substanzen vorzubeugen.

Wenn auch Zeichen einer nach und nach sich anbahnenden Besserung der Konstitution da sind, so dürfen wir uns doch hinsichtlich der Prognose in diesem Falle kein sicheres Urteil erlauben. Möglich ist, dass die Menstruation, die trotz der 17½ Jahre noch fehlt, eine tiefgreifendere vorteilhafte Veränderung im Befinden herbeiführen wird, und dass die ersehnte Heilung doch endlich noch eintritt.

14. Lina M.

12-jährig. I. Aufnahme 24. Nov. 1894.
II. Aufnahme 19. Jan. 1895.
Eltern gestorben (Vater an Phthise).
Beide Potatoren. Pflegemutter hysterisch.

Die Pflegeeltern machen die folgenden anamnest. Angaben, die im vollen Umfange vom behandelnden Arzte bestätigt wurden. Lina M. ist seit drei Jahren in ihrer Familie. Sie war immer etwas blass und müde aussehend, aber geschickt und willig. Sie klagt viel über Kopfschmerz, weint viel, zeigt viel weniger kindliches Wesen und Munterkeit, als ihre Altersgenossen, und erschrickt bei jeder Kleinigkeit. Vor einiger Zeit fiel sie urplötzlich in grosse Athemnot, wurde farblos, und war steif wie ein Brett. Der Zustand hielt fast 1½ Stunden an, und wiederholte sich tagsdrauf. Dann ein langes freies Intervall. Neuerdings wieder häufige Anfälle von Athemnot oder einfacher Ohnmacht, die aber sehr rasch vorübergehen. Ganz kürzlich kam sie aus der Arbeitsschule mit der Klage, sie sei so müde, dass sie kaum mehr die Arme rühren könne. Es scheint thatsächlich, dass der Schulunterricht ihr in der letzten Zeit sehr stark zusetzt, denn die Klagen über Kopfschmerz sind reichlicher, das Kind setzt sich öfters in den Lehnstuhl, verliert anscheinend das klare Bewusstsein, denn man sah es plötzlich aufstehen, an den Tisch treten, ihn rütteln und den Versuch machen die Lampe herunterzuzerren. Dann lief es hastig auf den Hausflur und rüttelte am Treppengeländer. In die Stube zurückgeholt und mit kaltem Wasser abgerieben, erwachte es, war völlig klar, das Kopfweh weg; totale Amnesie über das Vorgefallene. Kurz darauf fiel es in einen längern, ruhigen Schlaf.

Diesen Bericht ergänzt der Arzt durch eine kurze Beschreibung von zwei selbstbeobachteten Anfällen. Der eine überfiel die Kranke im Bett. Sie war müde und mit Kopfschmerz aus der Schule gekommen, und weinte viel. Feuchte Wickel über die Unterschenkel appliziert, besserten den Kopfschmerz. Plötzlich aber setzte sich das Kind auf, erhob drohend die Faust, und rief mit eigenartiger, fast männlicher

Stimme: „Wart, ich will dir, du böser Mann, ich will dir.“ Ein ander mal sang es oder sprach vor sich hin, wie wenn jemand mit ihm in Unterhaltung wäre.

Der zweite Anfall verlief wie folgt: Patient war vollkommen desorientiert, wie in einem Dämmerzustande; sie sprach von der Schule, weinte, versuchte Leintücher und Ueberzüge zu zerreissen, wollte beständig fort. Der Blick war starr, ausdruckslos, die Lider halb geschlossen. Beim Heben des Kopfes trat Tremor auf, die Augen wurden ruckweise geöffnet. Die Pupillen zeigten sich eng aber gut reagierend; die Sprache flüsternd. Auf Zureden hin wurde sie kräftig. Druck auf das Abdomen, namentlich die Coecalgegend, steigerte die Athmungsfrequenz bis zu 60 Inspirationen per Minute. Erwacht, zeigte sie wiederum vollkommene Amnesie und meinte ruhig geschlafen zu haben. Während der Anfälle rechnet sie häufig vor sich hin, oder macht lange Zeit Näh- und Strickbewegungen.

Haus-Behandlung mit Eisen, Arsen, Brom und hydropath. Prozeduren, brachte nur Linderung der Symptome, keine Heilung.

Aufnahmebefund: Ziemlich grosses, gracil gebautes Mädchen von leidlichem Ernährungszustand. Die Haut trocken, ohne Besonderheiten. Gesichtsausdruck unruhig, ganz derjenige einer nervösen Person. Weiche kleine Struma. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Abdomen nirgends druckempfindlich. Sensibilität intact.

Am Abend der Aufnahme fiel sie aus dem Bett, wurde am ganzen Leibe steif wie ein Brett, hielt die Augen geschlossen. Ins Bett zurückgelegt und mit Namen gerufen, schlug sie die Augen auf, zitterte am ganzen Leibe, und weinte wohl ¼ Stunde lang heftig.

Da die darauffolgende Woche keine Anfälle oder irgend welche Andeutungen von Anomalien beobachtet wurden, das Allgemeinbefinden zudem vorzüglich schien (Appetit und Schlaf gut, Stimmung heiter und ganz ihrem Alter angepasst), so erlaubte man ihr aufzustehen und sich der Wärterin hülfreich zu erweisen. Dabei zeigte sie sich als ein sehr gefälliges, aufmerksames und geschicktes Mädchen, an dem man seine Freude haben musste. Da diese erfreuliche Besserung anhielt, wurde sie nach sechs Wochen versuchsweise nach Hause entlassen. Das Körpergewicht war von 30 auf 32 Ko. gestiegen.

Der Fall findet seine Erklärung zum Teil aus der erblichen Praedisposition, die den Anforderungen der Schule nicht gewachsen war, zum Teil aus der häuslichen Umgebung des Kindes. Durch die Besuche der Pflegemutter in der Anstalt ergab sich mit Sicherheit, dass diese durch und durch hysterisch war. So konnte es denn auch nicht überraschen, dass zu Hause schon nach wenigen Wochen wieder Zeichen des frühern Zustandes und schliesslich die gewöhnlichen Anfälle wieder auftraten, so dass das Kind zum II. Mal in die Anstalt aufgenommen

werden musste, wobei die Erscheinungen ebenso prompt wie beim ersten Male beseitigt werden konnten.

Katamnese: Patientin blieb nach ihrer zweiten Entlassung ganz frei von Anfällen und lebte fünf Jahre in einer Familie in Erlenbach, wo sie die Hausgeschäfte zu besorgen mithalf und gleichzeitig die Schule besuchte. Sie lernte leicht, litt aber viel an Kopfschmerz, so dass der Arzt ihr nicht erlaubte, die Sekundarklassen zu durchlaufen, so sehr sie sich darauf gefreut hatte. So blieb sie denn Dienstmädchen und kam später nach Winterthur, wo sie noch jetzt ist. Ihre Hausmutter stellt ihr, was die Arbeit anbelangt, ein gutes Zeugnis aus, tadelt aber ihren starken Eigenwillen, ihre Launigkeit und den Mangel an eigener Initiative.

Das Mädchen ist gross und schlank, etwas muskelarm, die Stirn eigentümlich nach vorn gewölbt, so dass die Vordergrenze des Haarbodens fast mit dem Verlauf der Coronarnaht zusammenfällt, das Gesicht auffällig gerötet, der Blick frei und ruhig, die Haltung gut, die Antworten korrekt und verständig. Im Laufe der Unterhaltung stahlen sich einige Tränen aus den Augenwinkeln. Das Gemütsleben scheint sehr labil zu sein. Sie klagt seit längerer Zeit über anhaltende Kopfschmerzen, die immer in der linken Stirnseite sitzen und während der Menses an Intensität zunehmen. Diese traten mit 14 Jahren auf, und waren von Anfang an protrahiert, meist sieben Tage dauernd, reichlich und schon nach 14 Tagen wiederkehrend. Schmerzen in Abdomen waren damit nicht verknüpft, auch keine Schwächeempfindungen, so dass sie vom Kopfweh abgesehen, keine Störungen setzten. Ausser den Menstrualblutungen zeigen sich häufig Blutungen aus der Nase. Der Appetit soll gering sein, der Schlaf ruhig, Stuhl und Exurese ohne Besonderheiten.

Dass die Schule das Kind überforderte, geht mit grosser Sicherheit daraus hervor, dass es während der erwähnten Dämmerzustände rechnete, las, sang oder Bewegungen ausführte, als würde es schreiben oder stricken. Sehen wir doch analoge Erscheinungen bei Gesunden, die besonders lebhafte Eindrücke aufnehmen oder irgend eine aussergewöhnliche Anstrengung hinter sich haben. Da pflegt sehr oft der Schlaf gestört zu sein, und das überreizte Gehirn sich mit den Dingen weiter zu quälen, die ihm Tags zuvor Mühe gemacht hatten, oder es steht wieder voll und ganz unter dem Einflusse jener heftigen seelischen Eindrücke. Freilich kommt es hier nur ausnahmsweise (bei Somnambulen) zu den entsprechenden motorischen Ueberstrahlungen, zu koordinierten

Mitbewegungen, in der Regel beschränkt sich die Mitbeteiligung des motorischen Feldes auf niedere Reflexaktionen, wie unruhiges Sichwälzen, vereinzelte Flexionen und Extensionen der Extremitäten, Aufstöhnen, Alterationen der Athmung und dergleichen. Bei der fliessenden Verbindung aber, die zwischen der sensorischen und motorischen Sphäre im kindlichen Gehirn noch besteht, sind die Ueberstrahlungen ausserordentlich viel leichter, so dass der hier vorliegende Somnambulismus diurnus wohl verständlich ist. Denn während beim Erwachsenen die Willenskraft und der Zwang der Verhältnisse die Erschöpfung hinausschieben, tritt, wie ich mir vorstelle, bei den resistenzloseren, und zumal bei neuropathisch belasteten Kindern noch am Tage, sobald nur ein Moment zur Ausspannung gegeben ist, ein Collapsus virium ein und versenkt das Individuum in eine Art Dämmerzustand mit unbewusstem Weitergehen der Hirnthätigkeit innerhalb des eben wirksam gewesenen Ideenkreises.

Ich halte dafür, dass es nicht allein die fremde Umgebung war, die hier die Erscheinungen so rasch wegnahm, sondern namentlich die vollkommene Ruhe. Das Kind wurde eine volle Woche zu Bette gelassen und weitere 5 Wochen nur mit leichten Hausarbeiten beschäftigt.

---

15. Karolina K.

12½-jährig. Aufgenommen 27. XII. 1896.

Vater, Glaser, gesund; Mutter ebenfalls.

Keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie.

Kleines, graciles und sehr anaemisches Kind; hat Scharlach, Masern, Brustfellentzündung, Pneumonie durchgemacht. Wird von ihren Eltern gebracht wegen eigenartiger Anfälle, die sich täglich einstellen und ½—4 Stunden andauern sollen. Die Kranke springt plötzlich aus dem Bett und beginnt zu tanzen; ein ander Mal singt sie oder schwatzt dummes Zeug; wiederum fällt sie in Krämpfe, krümmt sich bogenförmig nach hinten, oder dann lacht und schreit sie ohne Aufhören stundenlang. Die Anfälle werden regelmässig eingeleitet durch Kopfschmerz und Gaumenkitzel.

Ausser einer ausgesprochenen Chlorose, gegen welche Tinctura ferri und Chinin gereicht wurden, konnte in der Anstalt zunächst nichts

Abnormes konstatiert werden. Patientin blieb zu Bette und wurde möglichst kräftig genährt. Erst am 6. Tage des Aufenthaltes zeigte sich ein Anfall von leichter Bewusstseinstrübung, während dessen sie verworrenes Zeug schwatzte, aber nachher genau orientiert war über das Vorgefallene und ihre Umgebung. Seither alles normal. Appetit vorzüglich, beträchtliche Zunahme des Körpergewichtes.

Entlassung nach zwei Monaten.

Katamnese: Die beschriebenen Krankheitserscheinungen sind bis zur Stunde nicht wieder aufgetreten. Das Kind machte nach der Entlassung einen kurzen Landaufenthalt, und setzte ausserdem die Schule noch etwa drei Monate aus. Hernach absolvierte es ohne Unterbruch die Primarklassen und besucht zur Zeit die Repetierschule; das Rechnen macht ihr Mühe. Nebenher hilft es seinem Vater, der mittlerweile in die Stadt gezogen ist und dort ein Restaurant betreibt, im Wirtschaftswesen. Die Tochter ist kaum mittelgross, sehr bleich und zeigt, wenn sie die Augen schliessen soll, auffallend ausgeprägten tremor palpebrarum. Die Pupillen reagieren gut und sind beiderseits gleich und mittelweit. Klagen über viel Kopfschmerz, namentlich in der Frühe nach dem Aufstehen, und über Stechen links hinten unten. Ab und zu hustet sie, und hat Athemnot beim bergan- und Treppensteigen. Die Menses traten mit 14 Jahren auf und waren von krampfartigen Schmerzen begleitet, profus und sehr unregelmässig, oft 3—5—8 Tage dauernd und nach eben dieser Zeit schon wiederkehrend. Aerztliche Hilfe besserte die Sache bis anhin nur wenig. Während der kritischen Tage fühlt sie sich sehr müde, im allgemeinen aber ordentlich wohl, schläft und isst gut. Stuhl angehalten. Exurese normal. Ihr Auftreten ist bereits ganz das einer Kellnerin, die unter wenig ausgewähltem Publikum Dienste thut — sie gibt ziemlich barsche, wenn auch nicht bös gemeinte Antworten. Züge von Rohheit und Gleichgültigkeit im Charakter. Ihre Eltern indess zeigen ein entschieden offenes, freundliches Wesen, ebenso das jüngere einzige Schwesterchen, das ein recht aufgewecktes, artiges Kind ist.

Die Diagnose stützt sich auf die Anfälle koordinierter Bewegungen mit Schrei- und Lachkrämpfen, und auf die Krampfzustände mit Opistotonus, der für Hysterie sehr charakteristisch ist. Das Leiden muss hier, da die Eltern gesund erscheinen, ohne Zweifel als durch die verschiedenen heftigen Krankheiten erworben betrachtet werden. Die einleitenden Symptome überdauerten die Krankeit bis auf den heutigen Tag, die Zeichen einer schwachen Konstitution sind noch jetzt sehr ausgesprochen.

16. Anna W.

13-jährig. Aufgenommen 10. IX. 1888.

Eltern gesund.

Keine hereditäre Belastung nachweisbar.

Das Kind, das mit Ausnahme von Masern nie ernstlich krank, immer aber etwas blutarm war, klagt seit Wochen über allgemeines Unbehagen, Appetitlosigkeit, Schmerz im Epigastrium und bricht nach jeder Malzeit. Aerztliche Behandlung war bisher ganz erfolglos, daher die Ueberführung in die Anstalt.

Status. Gut entwickeltes, etwas anaemisches Mädchen. An den innern Organen keine nachweisbaren Veränderungen. Keine Sensibilitätsstörungen, nirgends Druckschmerz, auch nicht in der Magengegend; Reflexe intakt. Im psychischen Verhalten nichts Auffälliges.

Krankengeschichte. Nach jeder Malzeit erfolgt Brechen, doch bleibt der Appetit immer gut. Da eine objektive Ursache für den Brechakt nicht gefunden werden kann, so wird zur Magenpumpe gegriffen, in der Ueberlegung, die Procedur möchte auf die Kleine Eindruck machen und so dem Leiden durch psychische Unlustvorstellungen abhelfen. Der Erfolg blieb indessen aus. Da aber bald konstatiert wurde, dass die Speisen regurgitiert wurden, bevor sie nur in den Magen gelangten, so wurden jetzt zwei Fastentage verordnet. Das Brechen blieb nun völlig aus. Am dritten Tage wurde etwas flüssige Kost erlaubt und in kleinen Einzelheiten gereicht — das Brechen zeigte sich nicht mehr. Es blieb auch weg, als nach wenigen Tagen wieder die volle Kost verabreicht wurde. Bald nachher geheilt entlassen.

Katamnese: Bald nach der Entlassung trat das Erbrechen auf's neue auf, anfänglich nur vereinzelt, späterhin aber wieder so anhaltend, dass aufs neue wieder ärztliche Hülfe eingeholt werden musste. Trotz lange dauernder Behandlung (etwa ½ Jahr) mit Diät, Medikamenten und Ruhe wurde nichts erreicht, der Umstand blieb hartnäckig derselbe, bis die mit 14 Jahren (also kaum ¾ Jahre nach der Entlassung) einsetzende Menstruation das Leiden rasch beseitigte. Die Menses traten 6—8-wöchentlich auf, waren meistens von krampfartigen Schmerzen in abdomine begleitet und schwach. Das Allgemeinbefinden besserte sich unter ihrem Einflusse zusehends und ist gut geblieben.

Patientin ist heute 24-jährig, gross und stark, gut genährt und von gesundem Aussehen, und ihr Benehmen macht einen guten Eindruck. Sie arbeitet im Sommer auf den Gütern ihrer Eltern, im Winter als Seidenweberin. Die Eltern und fünf jüngere Geschwister sind völlig gesund.

Nach der Krankengeschichte scheint fast, dass wir hier ausschliesslich Störungen im Schlingakt vor uns haben, die

zu Regurgitation der Speisen führten und ein Magenleiden vortäuschten. Dies letztere ist um so erklärlicher, als gleichzeitig über Schmerzen im Epigastrium und über Appetitlosigkeit geklagt wurde. In der Anstalt erschien aber der Appetit vom ersten Tage an gut, und da für den Brechakt keine objektive Ursache zu finden war, dachte man sofort an Hysterie. In der That lag diese vor.

Es ist ganz instruktiv zu sehen, wie verschieden die gewählten Mittel in ihrer Wirkung sein können; hier thaten zwei Fastentage bessere Dienste, als das Einführen der Magensonde, das doch auch nicht gerade angenehm empfunden werden kann.

Das baldige Recidiv nach der Entlassung lässt darauf schliessen, dass die häusliche Behandlung des Kindes jedenfalls viel zu nachsichtig war, und dass vielleicht ausschliesslich Erziehungsfehler das Leiden grosszogen, wenn uns auch die treibenden Vorstellungen und Motive des Kindes, welche die Erscheinungen wieder wachriefen, verborgen sind.

Der glückliche Einfluss der Menses auf das Leiden bestätigt zwar sehr augenscheinlich die Diagnose, ist aber an sich rätselhaft. Wir können uns allenfalls vorstellen, dass durch die Menstrualblutungen vorhanden gewesene Spannungen im Gebiete der Geschlechtssphäre, welche das psychische Leben ständig unterbewusst ungünstig beeinflussten, gehoben wurden.

---

17. Emilie F.

12-jährig. Aufgenommen 22. X. 1895.

Vater, Landwirt, Mutter, Hausfrau, zwei Geschwister, gesund. Grosseltern gesund.

Im Alter von zwei Jahren machte das Kind Pneumonie durch; mit zehn Jahren Diphtherie. Vor etwa 4 Monaten plötzliche Klagen über Kopf-, Hals- und Bauchschmerzen, denen bald anhaltendes Erbrechen folgte. Der behandelnde Arzt erzielte durch Brompräparate vorübergehende Besserung. Er schreibt, dass das Erbrockene leicht alcalisch reagierte und dass es ihm nicht gelungen sei, durch sorgfältige Diät irgend einen Erfolg zu erzielen. Ein zweiter Arzt, den die Eltern zugezogen, konstatierte an der Halswirbelsäule eine Deformität mit starker

Druckempfindlichkeit, und äusserte die Vermutung, es könnte eine Wirbelerkrankung mit sekundärer Alteration des Halsmarkes die Ursache des hartnäckigen Erbrechens sein. Er empfahl darum die Versorgung in ein Spital.

Status. Patientin erscheint kräftig entwickelt, aber etwas abgemagert. Sie ist blass, die Schleimhäute blutleer, die Tonsillen leicht gerötet und intumesciert. Beidseits eine leichte Struma. Brustorgane intakt. Die grosse Curvatur des Magens steht zwei Fingerbreit über dem Nabel; aufgebläht überschreitet der Magen den Nabel nicht. Die Magengegend ist nirgends druckempfindlich. Leichter beidseitiger Ovarialschmerz. Sonst überall normale Verhältnisse. Appetit gut, Stuhl und Exurese geordnet.

Patientin hat in der Anstalt nur während der zwei ersten Tage gebrochen. Nach wenigen Tagen verschwand auch der Brechreiz. Sie erhielt innerlich Spinoferrin (3 × täglich 10 Tropfen) und konnte nach kurzer Zeit bei tadellosem Allgemeinbefinden geheilt entlassen werden.

Katamnese: Die Heilung hielt etwa acht Wochen an, dann aber trat wieder ab und zu Brechreiz, später wirkliches Brechen auf, das sich zeitweise so häufte, dass die Eltern für den Zustand ihrer Tochter fürchteten, zumal der Hausarzt erklärte, ein solches Leiden sei ihm noch nie vorgekommen. Merkwürdig fanden sie, dass dem Kind der Appetit nie fehlte. Es mochte immer essen, und selbst wenn es beim Essen brach, so konnte es unmittelbar nachher wieder ruhig weiter Speise zu sich nehmen. Man versuchte wiederum durch eine sorgfältig ausgewählte Diät etwas zu erreichen, aber umsonst; nur grüner Salat wurde vertragen, und nach diesem Gericht verspürte die Patienten auch immer besondere Lust. Das Eckelgefühl war stets sehr ausgeprägt. War der Teller etwas beschmutzt oder vielleicht eine Fliege in der Suppe verunglückt, so konnte sie nicht daraus essen.

Man riet nun der Mutter einen Versuch mit Cognac; sie solle mehrmals im Laufe des Tages ein kleines Löffelchen voll verabreichen. Wie sie versichert, hatte der Cognac entschieden gute Wirkung. Ein früherer Versuch war ganz resultatlos geblieben. Erst wurde das Brechen weniger häufig, schliesslich blieb es ganz aus. Das war etwa ein Jahr nach der Entlassung aus unserer Behandlung. Im folgenden Jahre 1897, im Alter von 13 Jahren, stellten sich die Menses ein; sie waren regelmässig, schmerzlos, mittelstark und beeinflussten das Allgemeinbefinden sehr günstig. Das Kind entwickelte sich ausserordentlich rasch und gut, jedes Unwohlsein verschwand, die Stimmung war meist heiter, wie selten früher. Die Tochter ist ihrem Alter entsprechend entwickelt, sieht sehr gut aus, und lernt jetzt mit Lust den Beruf einer Schneiderin. Sie hat die Primar- und zwei Klassen Sekundarschule besucht, und war immer eine tüchtige Schülerin. Mit Ausnahme einer leichten Diphterie im Winter 1898/99 ist sie von Krankheiten verschont geblieben.

Auch dieser Fall ist ganz lehrreich, denn er zeigt uns wie der frühere, wie unmöglich es ist, durch irgend eine spezifische Therapie eine auf Hysterie beruhende, vermeintliche Organerkrankung zu beseitigen, wie verblüffend einfach die Sache aber wird, wenn nur erst die Diagnose gestellt ist. Die ärztlichen Berichte liessen auf eine Magenerkrankung schliessen; man untersuchte also das Organ und fand keine objektiven Veränderungen. Der nächstliegende Gedanke war jetzt, sollte vielleicht das Symthomenbild der Ausdruck einer hysterischen Konstitution sein? Der Erfolg bejahte ihn, denn das Spinoferrin, das verabreicht wurde, diente doch lediglich als psychisches Stimulans.

Hinsichtlich des Rückfalles verweise ich auf den vorhergehenden Fall 16. Recht charakteristisch ist der therapeutische Erfolg des Cognac. Diesmal half er — ein früherer Versuch war resultatlos geblieben. Schliesslich begegnen wir auch hier wiederum einem sehr wohlthuenden Einfluss der eingetretenen Menses auf das körperliche wie auf das psychische Befinden.

---

18. Bertha W.

11-jährig. Aufgenommen 8. VI. 1895.

Vater, Mechaniker, gesund.

Mutter, schwächlich; soll neun Aborte erlebt haben.

Grossmutter väterlicherseits starb an Phthisis pulm.

Patientin litt seit längerer Zeit zu Hause an plötzlich sich einstellenden Anfällen von Dyspnoe, die sich nachher in lange tiefe Respirationsbewegungen auflöste. Während derselben ausgeprägtes Druckgefühl in der Magengegend. Ein Schlag auf das Epigastrium steigerte die Zahl und Intensität der Anfälle so sehr, dass die Aufnahme ins Spital nötig wurde. Sie soll öfters mehrere Anfälle pro Tag gehabt haben.

Ausser einer stark ausgesprochenen Anaemie (Blässe der Haut und Schleimhaut, syst. anaem. Herzgeräusch) die durch Tinkt. ferri pom. c. Tinct. chin. compt. aa. behandelt wurde, liess sich nichts Abnormes an der Kranken konstatieren. Sie erhielt protrahierte laue Bäder, und wurde mit dem galvanischen Strom (Rückenmark und Diaphrag.) behandelt. Die Anfälle traten nicht wieder auf.

Katamnese: Völlig geheilt durchlief das Kind nach der Entlassung die Alltagsschule, und half dann der Mutter im Hauswesen. Seit zwei Monaten hat sie Arbeit in einer Spinnerei angenommen. Sie ist von Zeit zu Zeit von Kopfschmerzen geplagt, die regelmässig die Schläfengegend befallen, hat auch dann und wann über Schmerzen im Unterleib, im Kreuz und in den Beinen zu klagen. Oft fühlt sie sich sehr müde. Nach dem Urteil der Mutter war das Kind immer die beste Schülerin, von gutem Charakter und lenksam, nur ab und zu etwas heftig. Die Periode trat mit 13½ Jahren auf, war unregelmässig, 2—3 wöchentlich, reichlich aber schmerzlos. Seit zwei Monaten fehlt sie ganz, ohne dass das Allgemeinbefinden dadurch verändert worden wäre. Die Tochter versichert, dass sie sich, seit sie menstruiert sei, wesentlich wohler fühle als früher. Während der Besprechung hustet sie mehrmals. Die Inspektion ergab folgendes: mittelgrosse, schlanke, muskelarme, schwach genährte, blass und müde aussehende Person. Unter der Mandibula rechterseits ein faustgrosses Packet harter indolenter Drüsen, ein ebensolches in der Cervicalgegend derselben Seite. Eine strahlige Narbe zwischen beiden Cervicalgegenden deutet auf einen frühern operativen Engriff, der nach Aussage der Patientin im zehnten Lebensjahr vorgenommen wurde, und in der Incision einer abscedierenden Lymphdrüse bestanden haben soll. Sie will seit dem 2. Jahre an Drüsen am Hals gelitten haben. Der Lungenbefund lässt nichts Abnormes nachweisen. Die innern Organe intakt. Sie beantwortet Fragen geschickt und prompt, und macht den Eindruck einer geistig recht aufgeweckten Person. Sie geht ungern in die Fabrik, wäre gern Lehrerin geworden, allein die pekuniären Verhältnisse der Familie erlaubten das nicht.

Auf anaemischer Basis hat sich hier bei angeborner schwacher Konstitution ein hysterisches Leiden entwickelt, das sich ausschliesslich in Anfällen von Dyspnoe äusserte, und durch die blosse Veränderung der Umgebung völlig und bleibend beseitigt wurde. Die konstitutionellen Schwächezustände dagegen sehen wir sich weiterhin erhalten und in eine ausgesprochene Skrophulose übergehen.

---

19. Ursula P.

12-jährig. Aufgenommen 8. II. 1884.
Vater, Wirt, † an Phthisis pulm.
Mutter gesund, ebenso zwei Geschwister.

Das Mädchen war gesund bis vor vier Jahren und zeigte keinerlei Charaktereigentümlichkeiten. Damals begann es zu klagen über Stechen auf der Brust, hustete ab und zu trocken, und lag wiederholt mehrere

Wochen zur Kur im Bett, worauf die Erscheinungen sich verloren. Vor zwei Jahren stellte sich urplötzlich ein heftiger Schmerz in der rechten Hand ein, diese wurde blutleer, weiss und kalt, und war nicht zu bewegen. In der Poliklinik, deren Hülfe in Anspruch genommen wurde, trat nach wiederholter Faradisation Besserung ein und schliesslich vollkommene Heilung. Man hielt Patientin für eine Simulantin. Nach Jahresfrist ein typisches Recidiv der Handaffektion. Man diagnosticierte jetzt einen akuten Rheumatismus des Handgelenkes, und verabreichte Salicyl, worauf sofort Besserung eintrat, die bis vor vier Wochen anhielt, worauf die gleichen Beschwerden die linke Hand befielen. Faradisation führte nicht zum Ziele, so dass Patientin auf Wunsch der Mutter in die station. Abteilung aufgenommen wurde.

Dort wurde folgender Lokalstatus aufgenommen: Ausser einer auffallenden Blässe ist an der erkrankten Hand absolut nichts nachweisbar. Sie ist im Handgelenk aktiv und passiv beweglich, die Finger dagegen werden nur sehr schwach und langsam bewegt. Es soll das subjektive Gefühl des pelzigseins und eingeschlafenseins der Hand da sein. Alle Fingergelenke frei und nicht schmerzhaft. Patientin wird nun aufgefordert, die Finger zu bewegen und Greifbewegungen mit beiden Händen gleichzeitig auszuführen, was nach kurzer Zeit auf beiden Seiten gleich rasch und sicher geschieht.

Mit diesen Uebungen wird weiter gefahren und schon nach zwei Tagen konstatiert, dass die Motilität, die Gefässfüllung und rohe Kraft auf beiden Seiten völlig dieselben geworden waren. Nach vier Tagen geheilt entlassen.

K a t a m n e s e: Aus der Erzählung der jetzt verheirateten Person geht hervor, dass sie im betreffenden Arm noch längere Zeit abnorme Sensationen verspürte, aber niemals in die frühere Schwäche, bezw. den Lähmungszustand, verfiel. Sie besuchte noch zwei Jahre die Primarhernach die Sekundarschule, und war während dieser Zeit öfters unwohl oder fühlte sich unbehaglich, dann und wann zeigte sich vorübergehend heftiger Kopfschmerz. Das Lernen machte ihr wenig Mühe, sie fasste leicht und besass vor allem ein sehr gutes Gedächtnis. Schon Ende des 12. Lebensjahres traten die monatlichen Blutungen auf. Sie waren regelmässig, mittelstark, schmerzlos und blieben so bis zur Verheiratung im Jahre 1891. Sie war damals kaum 18½ Jahre alt. Mit der Geschlechtsreife hob sich das Allgemeinbefinden in überraschender Weise. Sie fühlte sich kräftiger, unternehmender, wurde lebenslustig, und war nur selten noch von Unwohlsein geplagt. Das Eheleben hingegen brachte ihr allerlei Schwierigkeiten. Noch im ersten Jahr eine Zangengeburt, an deren Folgen das Kind nach drei Monaten gestorben sein soll. Von der Zeit an litt sie an unregelmässigen Genitalblutungen, und wurde wiederholt ohne wesentlichen Erfolg ärztlich behandelt. 1892 und 1894 machte sie zwei weitere, normale Geburten durch,

welche die erwähnten Beschwerden ebenfalls nur vorübergehend besserten. Beide Kinder leben und sind gut entwickelt. Wegen anhaltender Blutungen liess sie sich dann Ende 1894 in eine Klinik aufnehmen, wo sie wegen Endometritis fungosa in entsprechender Weise behandelt wurde und wesentlich gebessert entlassen werden konnte. Seither fühlt sie sich wieder wohler, doch ist eine leichte Irregularität der Menses noch immer vorhanden, dazu dann und wann stechende Schmerzen in abdomine.

Patientin ist mittelgross, gut genährt, kräftig gebaut, von sehr gutem Aussehen und lebendigem, freundlichem, Wesen. Sie scheint sehr intelligent, und beantwortet die an sie gerichteten Fragen klar, mit Interesse und Verständnis. Sie hat zweifellos eine tüchtige Erziehung genossen und gelernt, sich zu beherrschen und selbständig zu führen. Ihr Mann macht nicht ganz denselben vorteilhaften Eindruck. Zwei ältere Geschwister der Explorandin waren immer gesund.

Hier äussert sich die hysterische Anlage in wiederholt auftretenden Störungen der Durchblutung und der Beweglichkeit einer Hand und in Gelenkschmerzen. Die einzelnen Phasen, aus denen sich das Bild zusammensetzt, lassen verstehen, dass man zunächst wohl nicht an Hysterie dachte, sondern den Erscheinungen durch die gewöhnlichen Mittel zu begegnen suchte. Die Gesamtübersicht über den Fall legt aber die Diagnose völlig klar. Die Inkongruenz des Lokalbefundes mit den geäusserten Beschwerden, und der stets sehr prompte Erfolg der therapeutischen Massnahmen, sind zu charakteristisch.

Ähnlich verhält es sich mit der folgenden Nummer.

---

20. Julie B.

9-jährig. Aufgenommen 29. II. 1886.

Vater, Kunstdrechsler, leidet an Exanthemen.

Mutter an Pocken gestorben zwei Jahre nach der Geburt der J. B.

Grossvater, väterl. an Phthisis p. gestorben.

Eine Schwester gesund.

Keine Nervenleiden in der Familie.

Die Kleine lebte die ersten drei Jahre bei ihren Eltern in Paris, von wo sie nach dem Tode der Mutter nach Zürich in die Pflege der Grosseltern kam. Sie war immer zart, leicht erregbar, hat in Paris Pocken und eine Unterleibskrankheit durchgemacht, in Zürich Scharlach; blieb dann relativ gesund bis vor etwa Jahresfrist. Damals, im achten Lebensjahr, zeigten sich mit Herzklopfen, Kreuzschmerz, und Herzpal-

pitationen, seltener mit Kopf- und Leibschmerzen, die ersten Anfälle ihres jetzigen Leidens. Zu ihnen gesellte sich bald eine auffallende Müdigkeit in den Beinen, so dass die Kleine nicht mehr mit ihren Gespielen herumspringen konnte, ausserdem Appetitmangel und starke Obstipation. Ohne dass eine spezielle Therapie eingeleitet worden wäre, verschwanden diese Erscheinungen nach einigen Wochen, und blieben ein halbes Jahr völlig weg. Nachher traten sie aber um so intentiver wieder auf, und zwar anfallsweise und in einer Dauer von 1/4—1/2 Stunde; zuweilen mehrmals täglich, dann wieder in Intervallen von 1—3 Tagen. Ist der Anfall besonders stark, so besteht nachher meist völlige Amnesie. Während der Attaque sind die Lider weit geöffnet, der Blick starr, die Pupillen weit, die Mundwinkel in ton. Krampfkontrakten, dagegen fehlen Motilitätsstörungen der Extremitäten. Dann und wann stöhnte die Patientin und krümmte sich nach der Seite. Die Haut pflegt sehr blass zu sein. Herzpalpitationen, unbestimmt lokalisierte Schmerzen in abdomine und unter dem Sternum sind regelmässige Vorboten. Nach dem Anfall starker Schlaf.

Bei der Untersuchung fiel auf das gesunde Aussehen der Patientin und ihre muntere Stimmung. Der Körper zeigt eine gute Entwicklung, Muskulatur und Panniculus durchaus befriedigend. An den innern Organen nicht die geringsten nachweisbaren Veränderungen. Das psychische Verhalten ganz normal.

In der Anstalt wurden nur zwei leichte Attaquen beobachtet, die auf Einreibungen von ol. chlorof. rasch zurückgingen. Die Kleine klagte über Stechen in der Herzgegend bis gegen das Epigastrium hinunter. Druck auf diese Stellen war nicht empfindlich. Herzspitzenstoss nicht zu sehen, Herztöne rein, ruhig und regelmässig, das Abdomen weich und überall gut und reaktionslos eindrückbar. Pupillen normalweit und beiderseits gleich. Nach den Anfällen tiefer, langandauernder Schlaf. Später nur noch unbestimmte Paraesthesien über der Herz- und Magengegend, die sich nie mehr zu einem Anfall verschärften. Entlassung nach drei Wochen. Geheilt.

Katamnese: Jetzt 22 Jahre alt, Ladentochter. Kurz nach der Entlassung siedelte sie mit ihrem Vater nach Paris über, wo sie nach kurzer Zeit einen Rückfall in das beschriebene Leiden erlebte. Unter ärztlicher Behandlung gingen aber die Beschwerden rasch vorüber und zeigten sich von da an nie mehr. Nach zwei Jahren kam sie nach Zürich zurück, und besuchte hier ohne Unterbruch die Primarschule und eine Klasse Sekundarschule. Dann und wann litt sie an intensivem diffusem Kopfschmerz und Kopfdruck. Mit 14 Jahren folgte eine Attaque von Polyarthritis, die sich späterhin noch 3—4 mal wiederholte. Der Arzt konstatierte vor zwei Jahren einen Herzfehler, der aber der Patientin keinerlei Beschwerden macht. Seither leidet sie sehr viel an Kopfweh, das nur selten streng lokalisiert ist, und stundenlang anhält.

Die Menses traten mit 15 Jahren auf, waren regelmässig, vierwöchentlich, schmerzlos und quantitativ nicht abnorm. Sie beeinflussten das Allgemeinbefinden scheinbar gar nicht. Die körperliche und geistige Entwicklung ist eine gute. Das Mädchen ist gross gewachsen, proportioniert und von gutem Aussehen, doch tragen Bewegungen und Sprache einen Zug von Mattigkeit, der die jugendliche Frische und den Frohmut merklich verdeckt. Das Allgemeinbefinden ist im ganzen ordentlich.

---

21. Ursula G.

11-jährig. Aufgenommen 7. I. 1889.

Vater, Bahnwärter, † Typhus.

Mutter, etwas nervös, furchtsam, getraut sich nicht ohne Licht zu schlafen, erschrickt ob jeder Kleinigkeit, hat viel schwere Träume.

Sechs Geschwister gesund.

Bruder des Vaters litt an Melancholie.

Grossvater mütterlicherseits Schnapssäufer.

Patientin war von Geburt an etwas schwächlich, und lernte erst im dritten Jahre gehen. Sie hat an Kinderkrankheiten nur Masern durchgemacht. Der Mutter fiel schon frühzeitig auf, dass ihr Kind nicht war wie andere Kinder. Oft war es äusserst lustig und übermütig, dann plötzlich ganz still und traurig, vom Spiel mit andern sich fernhaltend; immer sehr schreckhaft.

Seit drei Jahren lebt die Kleine bei einer Verwandten. Auch diese konstatierte bald die aussergewöhnliche Furchtsamkeit des Kindes. Ein Geräusch vor der Thüre, oder das Alleinsein in der Stube, konnten es so ängstigen, dass es am ganzen Körper zitterte. Ausserdem beobachtete sie, dass es öfters kurze Anfälle von Dyspnoe bekam, und vor dem Einschlafen nicht selten „mit offenen Augen“ träumte. Es sah böse Tiere, böse Männer und allerlei Gestalten, und sprach mit ihnen, hat sie auch gebeten, es nicht zu töten! Nachts war es augenscheinlich häufig von schrechhaften Träumen gequält, von denen es tags darauf erst spät in grosser Aengstlichkeit zu erzählen wagte, während es in der Frühe still und zurückhaltend zu sein pflegte. Nebenher klagte es viel über Kopfschmerzen und stechen, bald auf der Brust, bald in der Seite, bald im Leib. In der Schule war es aufgeweckt.

Vor drei Wochen traten nun fast täglich Anfälle hochgradiger Athemnot auf, zuweilen so heftig, dass die Angehörigen fürchteten, die Kleine möchte ersticken. Der behandelnde Arzt beschreibt sie wie folgt. Patientin athmete beschleunigt und mühsam, 40—50 Inspirationen per Minute. Die objektiven Zeichen der Dyspnoe verhältnismässig gering, die Cyanose nur leicht, keine Schwellung der Halsvenen, die respirator. Hülfsmuskeln nur wenig beteiligt, schwache Einziehungen in

der Zwerchfellgegend. Der Gesichtsausdruck ruhig. Auf irgend ein Gespräch hin mit der Kleinen verschwindet die Dyspnoe momentan; Patientin antwortet mit lauter, klarer Stimme. Die Anfälle erscheinen meist abends, und dauern bis 2 Stunden. Längere Unterhaltung kann sie wesentlich abkürzen. Durch kalte Packungen verloren sie sich einigemale ziemlich rasch.

Die Untersuchung nach der Ankunft im Krankenhaus ergab folgendes: Mittelgrosses Mädchen von gracilem Knochenbau, schwacher Muskulatur und geringem Fettpolster. Haut und Schleimhäute blass. Pupillen gleich, gut reagierend. Keine Drüsenschwellungen, auch die innern Organe nicht nachweisbar verändert. Gesichtsausdruck sehr ängstlich. Patientin schreckt vor den Untersuchungsinstrumenten zurück und fährt zusammen, so oft die Thüre geht. Klagen über Schmerz im Kopf, auf der Brust, in der Seite, im Leib. Stuhl und Exurese normal.

Unter geeigneter psych. Beeinflussung, lokaler Applikation von Senfpapier auf die schmerzenden Punkte, Eisen innerlich und sorgfältiger Ernährung besserte sich der Zustand zusehends, so dass das Kind nach zwei Monaten entlassen werden konnte. Das Körpergewicht war von 26,8 Ko. auf 32,4 Ko. gestiegen.

Katamnese: Das Kind kam bedeutend gebessert aus dem Spital. Es ass vor allem wieder tüchtig mit, während es vorher nicht mehr essen wollte und öfters äusserte, „es sei ganz unnötig, dass der Mensch esse.“ Das Allgemeinbefinden war in kurzer Zeit so befriedigend, dass man den Versuch wagte, die Kleine wieder zur Schule zu schicken. Er gelang; das Lernen brachte keine ernsteren Rückfälle, doch waren Zeichen von psych. Anonalie immer vorhanden, namentlich eine grosse Launigkeit. Lust und Unlust, Lachen und Weinen, wechselten ohne äussere Ursache in buntem Durcheinander ab. Dann war der Zustand wieder wochenlang anscheinend völlig normal. Am konstantesten zeigten sich ein Starrsein und Eigenwille, die oft kaum zu bezwingen waren. Mit dem Austritt aus der Elementarschule beschäftigten sie die Pflegeeltern unter ihren Augen im Gütergewerbe und in den Reben, was einen auffällig günstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden ausübte. Dennoch wollte das Kind durchaus Schneiderin werden, und liess sich davon nicht abbringen. Man liess ihr den Willen und gab sie als Lehrtochter in eine Schneiderfamilie. Bald traten nun wieder allerlei Klagen hervor, aber sie blieb ihrem Entschluss treu und hielt unter ständigem „Grochsen“ drei Jahre lang aus. Sie war anstellig und soll im Beruf sehr tüchtig geworden sein. Zur Zeit arbeitet sie selbständig in ihrer Heimat Niederurnen (Glarus).

Die Menstruation trat auf mit 16 Jahren, sie zeigte sich in der Folge alle 6—8 Wochen, war meist schwach, völlig schmerzlos, und hat das psych. Befinden der Tochter entschieden gehoben. Sie wurde

ruhiger, gesetzter, weniger extravagant und überspannt, viel weniger launisch. Mehr und mehr wurde die Gemütsstimmung eine gleichmässige, heitere, der jeweiligen Umgebung adäquate. Das Nervenleben ist zur Zeit so weit gekräftigt, dass nur besondere berufliche Anstrengung oder psych. Erregungen spürbare Einwirkungen auf das Wohlbefinden zurücklassen.

An intercurrenten Krankheiten hat sie seit der Entlassung verschiedene Mandelentzündungen durchgemacht.

Die körperliche Entwicklung ist eine gute. Die Tochter ist gross, gut genährt, aber etwas bleich. Sie hat ältere und jüngeer Geschwister, die alle vollkommen gesund sind.

Nach dem bisher Betrachteten bietet dieser Fall nichts wesentlich Neues. Wir finden eine hochgradige psycho- und neuropatische, erbliche Belastung, die sich schon sehr frühe geltend macht und allmälig in einen echt hysterischen Zustand überleitete.

Sehr charakteristisch ist die Beeinflussbarkeit der Dyspnoeanfälle durch psychische Ablenkung mittelst Unterhaltung oder durch kalte Packungen, und die auffallend geringen objektiven Folgezustände der doch ganz ausserordentlich beschleunigten Atmung und der langen Dauer der Anfälle.

Es ist verständlich, dass in diesem Fall die Behandlung sich über einen längeren Zeitraum erstrecken musste. Denn wenn auch die akuten Erscheinungen sehr rasch schwanden, so musste mit Rücksicht auf die schwere Belastung und die zarte, anaemische Konstitution, das Hauptaugenmerk auf Kräftigung der ganzen Organisation gelegt werden. Dass dazu der kurze Spitalaufenthalt nicht ausreichte ist ohne weiteres klar. Es ist aber sehr erfreulich verfolgen zu dürfen, wie sich dieses Nervenleben von Etappe zu Etappe hob, und sich zur Zeit so ziemlich allen äussern Eindrücken ohne tiefere Erschütterung anzupassen vermag.

---

22. Marie St.

10-jährig. I. Aufnahme 24. Sept. 1892.
II. „ 9. Jan. 1893.
Vater unbekannt. Mutter gesund.
Keine echten Geschwister. Stiefgeschwister gesund.

Patientin ist ein uneheliches Kind. Sie kam ausgetragen zur Welt und hat ausser Masern und einer febrilen Erkrankung mit ecclamp-

tischen Anfällen in früher Jugend keine Krankheiten durchgemacht. Sie war immer etwas schwächlich und litt viel an Appetitlosigkeit. In den ersten Lebensjahren wachte sie nachts oft auf und schrie jeweils entsetzlich, machte auch zuweilen Versuche, das Bett zu verlassen. Sie war lange Jahre sehr furchtsam und leicht reizbar. 1891 klagte sie anhaltend über Schmerzen in der Magengegend, fühlte sich schwach und war viel schlafsüchtig.

Anamnestisch erfahren wir, dass das Kind gelegentlich in der Schule über Stechen im rechten Bein klagte. Es zeigt sich, dass ein über zwei Cm. langes Stück einer Nadel im Oberschenkel stack. Dasselbe wurde vom Lehrer extrahiert. 14 Tage später wurde an einer andern Stelle des Oberschenkels ein zweites, kleineres, Stück herausgenommen. Beide Stücke waren stumpf; auch blieb vollkommen dunkel, wie sie in den Körper gekommen waren.

Vom 15. Juli bis 12. August war das Kind in der Ferienversorgung im Tösstal. Beim Spiel fiel es auf eine Steinplatte und blutete leicht am rechten Knie. Besonders schmerzhaft war der Fall nicht. Gegen Ende des Ferienaufenthaltes begann Patientin auf dem rechten Bein zu hinken, hatte aber keine nennenswerten Schmerzen. Nach und nach wurde das Hinken stärker, das Kind ging mehr und mehr auf dem rechten Fussrand und verlor die Kraft im rechten Bein. Es musste aus der Schule genommen und bald dauernd zu Bette gehalten werden. Der Fuss trat mehr und mehr im Supinationsstellung; das Schwächegefühl nahm zu. Schmerzen waren nicht verhanden.

Status der Aufnahme. Leidlich entwickeltes Mädchen von gracilem Knochenbau, etwas geringer Muskulatur und mässigem Panniculus adiposus. Aussehen gut, Pupillen weit und deutlich reagierend. Pharynx leicht gerötet, beidseitige geringe Struma, keine Drüsenschwellungen. Wirbelsäule nirgends druckempfindlich und vollkommen gerade verlaufend. Die innern Organe ohne nachweisbare Veränderungen, Stuhl und Exurese normal. Lähmungen im Gebiet der Hirn- und Armnerven bestehen nicht. Tricepsreflex links stärker als rechts, ebenso der Händedruck und die rohe Muskelkraft. Orts-, Tast- und Temperatursinn beidseits gleich und unverändert. Bauchreflex deutlich. — Am rechten Fuss fällt die eigentümliche Stellung auf; es besteht eine ausgeprägte Equino-varus-Stellung. Hie und da ist ein leichtes Zittern des Fusses bemerkbar. Eine messbare Atrophie der Muskulatur gegenüber links ist nicht vorhanden. Beim Versuche einer manuellen Correktur gerät der Fuss in clonische Zuckungen, die sich vereinzelt bis auf den Oberschenkel fortsetzen. Die fehlerhafte Stellung lässt sich ohne Schmerzen fast ganz ausgleichen, doch fällt der kranke Fuss sofort wieder zurück. Nachher beobachtet man noch geraume Zeit spontane, zitternde, Bewegungen desselben. — Beide Beine sind aktiv durchaus normal beweglich, doch rechts etwas langsamer. Keine Druck-

punkte im Verlaufe der Hauptnervenstämme. Sensibilität überall intakt, ebenso die Erregbarkeit für den farad. Strom. Das Gehen gelingt nur mit Unterstützung; der Gang ist schleppend.

Unter regelmässiger täglicher Massage und Faradisation des rechten Beines besserte sich dasselbe in sehr kurzer Zeit, so dass Patientin zu Beginn der 5. Woche wieder ganz ordentlich gehen konnte; die Stellungsanomalie war kaum mehr angedeutet. Eine Woche später wurde sie geheilt entlassen.

Nach zwei Monaten stellte sie sich neuerdings ein. Von der besprochenen Peronaeuslähmung war nichts mehr vorhanden, dagegen palpierte man über dem Condylus ext. humeri dextr. unter der Haut eine Resistenz, die man für eine Nadel ansprechen konnte. Durch einen Längsschnitt wurde thatsächlich eine solche aufgedeckt und extrahiert. Es war auch diesmal unmöglich zu eruieren, wie sie hineingekommen war. Heilung p. p. und Entlassung nach fünf Tagen. — Dreiviertel Jahre später erfuhren wir von Bezirksarztadjunkt F., dass das Kind seither wiederholt an den verschiedensten Körperteilen von Nadelstücken befreit worden war; aber ebenso wenig wie uns, war es dem Bezirksarzt gelungen zu ermitteln, wie die Fragmente in den Organismus gelangt waren.

Katamnese: Ueber das weitere Schicksal der Tochter hören wir von ihr selbst und ihrer Mutter folgendes: Sie besuchte nach der Entlassung aus unserem Hause die Primar- und Ergängzungsschule, lernte leicht und gern. Nachher sollte sie in den Hausgeschäften nachgenommen werden, zeigte sich aber zeitweise so störrig, eigenwillig, launisch oder fortwährend klagend, dass der Stiefvater wiederholt drohte er werde sie fortjagen. Eines Tages beteuerte sie, nicht mehr stehen und gehen zu können, ihre Beine seien kraftlos und schwer wie Blei. Die Mutter glaubte um so mehr an dieses neue Leiden, als ja das Kind schon einmal wegen eines ähnlichen Lähmungszustandes behandelt worden war. (Siehe oben.) Sie konnte sich aber aus bestimmten Gründen nicht entschliessen, es wieder dem Kinderspital zu übergeben, behielt es vielmehr zu Hause, und liess es ohne zureichende und passende ärztliche Hülfe. Sie kleidete es täglich an und liess es in der Wohnung herumrutschen, wie eben Kinder thun, die des Vermögens ihre Beine zu gebrauchen, beraubt sind. Erst nach Monaten nahm sie es auf Anraten einer Freundin auf die Zürcher mediz Poliklinik, deren Direktor nach Anhören der Anamnese sofort die richtige Diagnose stellte. Da gerade die Klinik versammelt war, wurde das Kind im Wagen in den Saal gefahren, pro forma kurz untersucht, und ihm dann eröffnet, dass es gar nicht gelähmt sei, vielmehr ganz gut gehen könne, wenn es jetzt nur ganz prompt gehorche. Es wurde nun aus dem Wagen gehoben und an die Wand gestellt, wo es ruhig stehen blieb. Mit einem Klapps auf die Posteriora erfolgte jetzt die Aufforderung, fluggs nach der ent-

gegengesetzten Seite des Zimmers zu laufen, was zunächst an der Hand des Professors, zurück aber ganz allein und tadellos ging. Schliesslich lernte die Kleine noch springen und konnte den Kinderwagen, auf dem sie hergeführt worden war, selbst nach Hause stossen. Dass der Stiefvater die glückliche Kur durch eine kräftige körperliche Züchtigung noch unterstützen und festnageln zu müssen glaubte, mag immerhin erwähnt werden. Seither ist nie wieder etwas ähnliches vorgekommen, auch die merkwürdigen Nadelwanderungen verloren sich spurlos. Da die Tochter indes gar keine Lust zu den Hausgeschäften zeigte, daneben aber intelligent und handfertig war, entschlossen sich die Eltern, sie noch etwas besser ausbilden zu lassen, damit sie vielleicht ihr Brot als Buchhalterin oder Ladentochter verdienen könne. So kam sie für 1½ Jahre in die französische Schweiz in eine Familie, wo sie sich sehr wohl fühlte und gut entwickelte. Zwei Jahre später fand sie dann Anstellung in einem grossen Waarenhause Zürichs, wo sie noch heute als Ladnerin funktioniert.

Die Menses traten mit 16½ Jahren auf und waren im allgemeinen regelmässig, vierwöchentlich, 6 Tage dauernd, mittelstark und stets von Kreuzschmerzen oder Krämpfen in abdomine begleitet. Seither hat sich das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert. Das Nasenbluten, an dem sie vorher häufig litt, ist ganz verschwunden, die Kopfschmerzen und Schwindelanfälle viel seltener geworden, die Stimmung heiterer und gleichmässiger, das Arbeiten fällt ihr leichter und geschieht freudiger. Die Mutter bestätigt denn auch, dass der Charakter ihrer Tochter viel erträglicher geworden sei gegen früher, wo die Lust, andere zu ärgern und fortwährend für sich in Anspruch zu nehmen, zu zahllosen widerwärtigen Familienszenen führte.

Die Tochter zählt heute 18 Jahre, ist klein, aber gut entwickelt und wohl genährt, von gutem Aussehen. Sie klagt über ein Nasenleiden, dessen Natur ohne besondere Untersuchungen nicht festzustellen war. Die Nase ist auffällig breit und entstellt das sonst hübsch geformte Gesicht. Ihre Bedeckungen sind schmutzig weissgelb verfärbt, während die anstossenden Hautpartien, ebenso die Schleimhäute, eine gute Durchblutung zeigen; kein Foetor. Das Allgemeinbefinden ist gut.

Allgemeine Äusserungen neuropatischer Schwächezustände zeigen sich bei St. schon in der frühesten Jugend in Ecclampsia infant. Pavor nocturnus, Schrecksamkeit, Reizbarkeit, Appetitmangel, Schlafsucht u. dgl. Dennoch war die individuelle Entwicklung so, dass das Kind zeitig zur Schule gebracht werden konnte. Und hier begegnen wir nun sehr bald der ersten, spezifisch hysterischen, Erscheinung — der merkwürdigen Geschichte mit den Nadeln. Wir haben zur Er-

klärung nur Vermutungen; es ist möglich, dass das Kind durch verstandesmässige Überlegung sich in die Lage zu bringen suchte, seiner krankhaften Sensationen, seiner Müdigkeit und Arbeitsunlust zu fröhnen, und dass es glaubte, das Ziel zu erreichen mit Hülfe der körperlichen Verletzung durch die Nadelstücke. Die Vorstellung, dass ein wirklicher Krankheitszustand geschaffen sein müsse, um der geforderten Arbeitsleistungen enthoben zu werden, war jedenfalls richtig, auch wissen wir, dass Hysterische sich nicht selten körperliche Verletzungen beibringen, um irgend einen Zweck zu erreichen. Und hier wurde er, wenn unsere Vermutung zutrifft, wiederholt erreicht. Aber nicht nur die Selbstverletzung, sondern auch die erstaunlich häufige Wiederholung, die gewiss nur geschehen konnte, weil der Eingriff mit wenig oder gar keinen Schmerzen verbunden war (lokale hyst. Anaethesie), und die Kühnheit, mit der das Kind seine That immerfort in Abrede stellte, beweisen für Hysterie.

Mit der Entlassung aus der Schule, mit der sich das Kind nach und nach ausgesöhnt hatte, trat das Leiden noch greller hervor, und zwar sowohl durch widerwärtige Charakterzüge, als durch körperliche Erscheinungen. Weil ihr die Hausgeschäfte nicht zusagen, stellt sie sich kratzfüssig und boshaft gegen die Pflegeeltern, und beteuert plötzlich weder stehen noch gehen zu können. Mir scheint, dass wir es hier entweder mit einer Lüge oder mit einer Boshaftigkeit zu thun haben, die in der Folge, da sie konsequent durchgeführt werden musste, um Eindruck zu machen und die Strafe abzuwenden, der Vorstellung eines wirklichen Krankseins in der Psyche des Kindes rief. Dadurch aber war es seines Willens über die betreffenden Innervationen beraubt, und vermochte sich trotz intakter Organe nicht mehr aus eigner Initiative aus dem selbsterwählten Zustand zu retten. Das lässt uns verstehen, warum in solchen Zuständen die Suggestivtherapie Erfolge aufweisen kann, und zwar ihre schönsten: Sie setzt die verlorene Willensidee neu in die Psyche ein, diese tritt sofort wieder in die Herrschaft über die preisgegebenen Nervenbahnen, und damit verschwindet im selben Momente

die Störung. Nur da, wo bereits sekundäre Veränderungen hinzugekommen sind, beispielsweise eine hochgradige Inactivitätsatrophie der betroffenen Teile, lässt sich erst nach und nach die Integrität der ursprünglichen Funktion wieder erreichen. Dass sie aber selbst erreicht wird, wo ein Leiden Jahrzehnte lang bestanden hat, darüber erzählt Wetterstrand eine sehr interessante Erfahrung. Er heilte eine Dame, die durch Schreck an beiden Beinen gelähmt worden war und stets lag, oder im Stuhl gefahren werden musste, nach über 20 Jahren noch allein durch Suggestion in ganz wenig Wochen. Übrigens kommt der Suggestion beim Kinde — und auch wohl beim Erwachsenen — der Wille „wieder gesund zu sein“ entgegen, denn die bedauerlichen Geschöpfe sehnen sich nur zu bald aus der selbstgeschaffenen misslichen Lage heraus, vielfach freilich nur, um sie in kurzer Zeit mit einer vielleicht noch unangenehmeren abermals zu vertauschen.

Unter dem Einfluss der Menses wurde hier selbst der widerwärtige Charakter umgestaltet.

II.

Die allgemeine progressive Paralyse bei Kindern.

Bei den folgenden drei Kranken wurde die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt. Es ist im ersten Moment überraschend, dieses gefürchtete Leiden bei so jugendlichen Individuen vorzufinden, doch lassen neueste Publikationen keinen Zweifel mehr zu, dass wir es wirklich schon bei Kindern mit der echten Paralyse zu thun haben können. Thiry in Nancy hat darüber vor zwei Jahren eine hübsche Monographie veröffentlicht (Thiry, de la paralysie générale progressive dans le jeune âge), in der er im ganzen 69 Fälle zusammenstellt (über die in den letzten 25 Jahren von den verschiedensten Autoren Beobachtungen veröffentlicht wurden) und über eine ganze Reihe von Sektionsbefunden referiert.

Die Krankheit, die pathologisch-anatomisch das Bild einer Meningo-encephalitis chronica mit Schrumpfung des Cortex, gliösen Wucherungen, Schwund der nervösen Elemente, und den vielen bekannten Veränderungen darbietet, verläuft beim Kinde fast ausnahmslos als einfach demente Form der Paralyse. Wir konstatieren eine mehr und mehr zunehmende Verblödung, die kaum je von elementaren Erregungszuständen unterbrochen wird, und bei der Hallucinationen und Wahnideen noch nie beobachtet wurden. Auch ausgesprochen depressive Zustände scheinen zu fehlen. Was vor allem ins Auge fällt, wenn wir den Verlauf vergleichen mit demjenigen bei Erwachsenen, das ist das ungewöhnliche Ueberwiegen der somatischen Störungen über die psychischen. Schon sehr frühzeitig, wenn nicht zuallererst, treten Motilitätsstörungen auf: Gefühle von Schwäche in den Gliedern, wirkliche Abnahme der rohen Muskelkraft, incoordinierte Bewegungen, unsicherer Gang, Stolpern und Schleppen, Wackeln und Fallen. Dazu kommen Anomalien im Gebiete

der Reflexe, nicht selten typische Ataxie, Sprachstörungen, Tremor der Zunge und Hände, ungleiche Pupillen mit Argyll-Robertson'schem Phaenomen. In wenigen Fällen wurde Opticus-Atrophie nachgewiesen, so auch in einem der unsern. Vielfach klagen die Kinder über Schmerzen im Rücken. Merkwürdigerweise ist es noch nie gelungen, Störungen der Sensibilität nachzuweisen. Dagegen beobachtet man die bekannten paralytischen Anfälle nicht weniger häufig als bei Erwachsenen, und mit denselben Folgen. Remissionen fehlen bei Kindern.

Mit dem Auftreten der Krankheit sistiert die Körperentwicklung fast ganz. Zuweilen begegnet man völlig rudimentären Fortpflanzungsorganen; besonders stark leiden die Brüste. Die begonnene Menstruation cessiert, der Geschlechtstrieb verschwindet.

Die Dauer der Kinderparalyse scheint diejenige der Erwachsenen etwas zu übertreffen. In mehreren Fällen erstreckte sich der Verlauf über mehr als sieben Jahre; die raschest verlaufenen zeigen $1^1/_2$ Jahre. Bei den 69 Beobachtungen von Thiry ergiebt sich eine Durchschnittdauer von etwa 4 Jahren. Der tötliche Ausgang schliesst sich entweder an einen paralytischen Anfall an, oder er folgt dem zunehmenden Erlöschen sämtlicher Funktionen; er kann auch gelegentlich durch eine intercurrente Krankheit, namentlich eine Schluckpneumonie, gesetzt werden. Nie wurde bis jetzt Tuberkulose im Verein mit Jungparalyse gefunden.

Als aetiologisches Moment fand Thiry fast ausschliesslich die Lues, doch macht er mehrere Fälle namhaft, wo von Syphilis keine Spur zu eruieren war, wo aber ein Trauma eingewirkt hatte. Wenn es nun auch nicht leicht verständlich ist, wie ein Trauma das typische Bild der Meningoencephalitis luetica wachrufen kann, so haben wir doch keine absolute Berechtigung, die Möglichkeit auszuschliessen. Es gewinnt aber dabei die Vorstellung Raum, dass das Trauma mit seinen schwächenden Einflüssen auf die Hirnrinde nur das praedisponierende Moment abgab für die Etablierung und Manifestierung einer bereits im Körper

wohnenden Lues. (In diesem Sinne müssten dann unter Umständen auch andere Faktoren, wie geistige Ueberanstrengung, schwächende Krankheiten, irgendwelche Exzesse gelegentlich wirksam sein.) Sicher ist jedenfalls, dass der Ausbruch der Jugendparalyse nicht, wie man eine Zeit lang annahm, abhängig ist von der Pubertät; er verschont kein Alter, auch scheinen beide Geschlechter ziemlich gleichstark betroffen zu werden.

Durchaus ungenügend ist die Frage zu beantworten, wie wir uns den Vorgang dieser Art der hereditären Uebertragung der Syphilis vorzustellen haben. Es bleibt eine sehr auffällige Erscheinung, dass ein Organismus während einer ganzen Reihe von Jahren in physischer und psychischer Hinsicht eine völlig normale Entwicklung nehmen, dann aber und meist völlig unermittelt, dieser scheusslichen Krankheit zum Opfer fallen kann. Die Ansichten der Autoren gehen da weit auseinander. Nur in einem Fall scheinen uns die Verhältnisse einen befriedigenden Einblick in das Wesen des Prozesses zu gestatten, dann nämlich, wenn eine Gravida luetisch afficiert ist. Circulieren im mütterlichen Kreislauf Syphiliskeime, so kann dadurch sehr wohl das Placentargewebe nach und nach so geschädigt werden, dass virulente Keime oder Giftstoffe (Toxine etc.) der Lues auch in den foetalen Kreislauf gelangen können. Dabei braucht es nun — und hierin läge eine Erklärung für unsere Erscheinung — nicht zu einer Miterkrankung des Foetus zu kommen, die schon in utero oder kurze Zeit post partum manifest wird. Wir können uns ganz wohl vorstellen, dass unter gewissen Bedingungen (sehr resistenter Foetus, geringe Virulenz und Zahl der übergetretenen Keime, leichter Grad der Affection bei der Mutter und anderes) die Infection latent bleiben kann, und zunächst jedenfalls nicht auf den Hirnhäuten oder den Gefässen des Cortex ihre Lokalisation findet. Die Entwicklung des Prozesses bleibt dann entweder ganz aus, oder sie wird eine relativ späte. Das würde erklären, wie ein Kind 6—10—15 Jahre völlig gesund sein kann, um dann scheinbar spontan, oder auf ein über dasselbe weggegangenes

schwächendes Moment hin, mehr und mehr die Symptome einer sich entfaltenden progress. Paralyse zu zeigen.

Die wenigen, genügend beobachteten Fälle von post partum erworbener Lues scheinen dafür zu sprechen, dass der Ausbruch der Paralyse bei ihnen auf einen Zeitpunkt nach der Pubertät fällt, so dass zwischen Infektion und manifeste Paralyse eine Zeitspanne von 14—16 Jahren zu liegen kommt. So erwähnt Hufler einen Fall, wo durch Kuss von einer Person mit Lippenschanker die Infektion im 6. Lebensjahre stattfand; erst mit 20 Jahren folgte der Ausbruch der Krankheit. Thiry berichtet von zwei Kindern, die beim Säugeact an den Brüsten einer luetischen Amme infiziert wurden; es folgte der Ausbruch der Paralyse mit 16 und 19 Jahren, und in je drei Jahren der Exitus.

Daraus müssen wir schliessen, dass die im Kindesalter erworbene Lues ähnlich verläuft, wie die luetische Infektion Erwachsener, d. h. dass wohl auch hier dem Ausbruch der Paralyse Primär- und Sekundärerscheinungen vorausgehen werden. Allerdings ist damit die Äusserung erfahrener Kliniker, dass die im Kindesalter erworbene Syphilis weit milder verlaufe, als bei Erwachsenen, und vielfach ohne ernste Folgen bleibe, nicht ganz in Einklang zu bringen.

Die Prognose ist immer letal; die Behandlung muss sich auf eine sorgsame Überwachung und Anwendung allgemein-diätetischer Massregeln beschränken.

Was nun unsere drei Fälle betrifft, so scheint es vielleicht gewagt an der Diagnose festzuhalten, da sie nicht durch Sektionsbefunde erhärtet werden konnte. (Die Obduktion unterblieb leider in allen drei Fällen). Trotzdem halte ich sie für richtig, denn der Verlauf der Krankheit stimmt in allen wesentlichen Punkten zu sehr mit dem von Thiry beschriebenen überein. Ausserdem würde für die in den ersten Lebensjahren durchaus normale Entwicklung der Kinder jede Erklärung fehlen, und endlich ist hervorzuheben, dass bei keinem der Kleinen eine neuro- oder psychopathische Belastung vorliegt, die uns den Gedanken an ein organisches Hirnleiden anderer Art nahelegen könnte. Auch für ein Trauma fehlen alle Anhaltspunkte.

1. Bertha St.

12-jährig. Aufgenommen 19. XII. 1892.
Gestorben 10. Jan. 1898.
Vater an Lebercirrhose (Potator?) gestorben.
Mutter gesund.
Keine Geisteskrankheiten und dergleichen beobachtet.
Patientin hat vier gesunde Geschwister
(zwei Stiefgeschwister und zwei echte.)

Die Kranke war bis zum 10. Lebensjahr völlig gesund, und sowohl körperlich als geistig durchaus gut entwickelt, in der Schule sehr gut mitkommend, gegenüber den Eltern folgsam; anstellig, arbeitsam und brav. Seither aber machten diese folgende Beobachtungen: Das Kind wurde ernster, die frühere natürliche Heiterkeit brach nur selten noch hervor, sie will mit den Geschwistern und andern Kindern nicht mehr verkehren, sondern liebt es für sich allein zu sein. In der Schule hat der Lehrer die grösste Mühe mit ihr; sie kommt absolut nicht mehr nach, hat ihr gutes Gedächtnis verloren, so dass es ihr unmöglich ist, früher Gelerntes zu reproduzieren. Dazu ist die Sprache in eigentümlicher Weise alteriert; sie spricht undeutlich; der Gang ist watschelnd und stampfend. Die früher so leitsame Kleine ist jetzt halsstarrig und scheu, meidet jede Umgebung.

Die Aufnahmsuntersuchung konstatiert eine gute körperliche Entwicklung und intakte innere Organe. Die Sensibilitätsprüfungen ergeben wegen der starken Zerstreutheit des Kindes kein sicheres Resultat. Reflexe wenig verändert. Muskelsinn und rohe Kraft gut.

Gesichtsausdruck stupid; Patientin lacht und weint abwechselnd und ganz ohne Veranlassung. Das Gesicht asymmetrisch — es erscheint die linke Hälfte etwas abgeflacht, doch lässt sich der Unterschied nicht durch Messung bestimmen. Die linke Lidspalte steht etwas höher als die rechte; die linke Stirnhälfte ist deutlich kleiner als die rechte. Die am Schädel erhobenen Masse sind normal; die Pupillen mittelweit, gleich, gut reagierend; Augenhintergrund unverändert.

Gang stampfend aber sicher; kein Romberg'sches Phaenomen, kein Intentionszittern. Prüfung des Farbensinnes, Geruch- und Geschmacksinnes zeigen normale Verhältnisse. Sprache undeutlich, vorgesprochene, nicht zu schwierige Worte, werden nachgesprochen, aber oft kaum verständlich. Patientin ist sehr zerfahren, springt immer vom Gegenstand ab, sie ist örtlich desorientiert, kann aber die Namen der Eltern und Geschwister angeben. Dabei achtet sie doch auf ihre Umgebung, spricht auch ab und zu spontan, was sie um sich her vorgehen sieht. Gedrucktes liest sie sehr langsam, mit undeutlicher Stimme, und lässt hie und da Worte ausfallen. Ihre Schrift ist diejenige eines Kindes, das kaum angefangen hat schreiben zu lernen — ganz unsicher, die Buch-

staben nach allen Richtungen gestellt, sehr viele Fehler. — Nachts ist ist die Kleine oft unruhig, das Bett verlassend.

War nur zur Beobachtung in der Anstalt und wurde nach 14 Tagen entlassen.

Katamnese: Die Mutter schickte das Kind nun zunächst 1½ Jahre zu Verwandten nach Interlaken aufs Land, wo es sich in jeder Hinsicht hätte erholen können — ohne den leisesten Erfolg. Ueber den weitern Verlauf berichtet die Mutter folgendes: Die psych. Verblödung schritt unaufhaltsam vorwärts; der Gang und die Sprache wurden zunächst nicht wesentlich schlechter als oben beschrieben. Sie sprach indessen nach und nach immer seltener und schliesslich gar nicht mehr, konnte aber ungefragt zuweilen lange Sätze endlos verbigerieren, eine Erscheinung, die gerne auftrat, nachdem Patientin zu Bette gebracht war. So rief sie einmal bei drei Stunden: „Albert, du Saubub, gang ins Bett!“ Dieser Albert, ein jüngerer Bruder, schlief währenddem ruhig im Nebenzimmer. Elementare Erregungszustände wurden nie beobachtet, ebenso wenig paralyt. Anfälle, doch solle sie oft ohne jede Veranlassung ihre jüngern Geschwister gepackt und zu Boden gezerrt haben. Zeitweise bemächtigte sich ihr eine unbezwingliche Zerstörungssucht. Konnte sie Messer oder Scheere erwischen, so zerschnitt sie alles, was ihr in die Finger kam, Vorhänge, Tischdecken, Nastücher, Kleider, oft riss sie in blöder Art alles zu Boden, was sie erreichen konnte. Jede Wertung der Gegenstände ihrer Umgebung war ihr verloren gegangen. In den letzten zwei Jahren kannte sie Niemanden mehr, nicht einmal ganz sicher ihre sie stets pflegende Mutter. Sie humpelte den ganzen Tag in der Wohnung herum, oder sass am Fenster und schaute stundenlang in den Hof hinaus. Ihre Esslust war kaum zu befriedigen, das Fettpolster dementsprechend mächtig ausgebildet. Erst im letzten halben Jahr begann sie langsam abzumagern und „war schliesslich ein elender Krüppel.“ Befragt, ob das Kind Lähmungen oder Kontracturen gehabt habe, verneinte das die Mutter. Die Glieder sollen alle leicht beweglich gewesen sein. In allen Stücken hülflos wie ein kleines Kind, musste sie an- und ausgezogen und schliesslich auch noch gefüttert werden, da sie mit dem Löffel stets neben den Mund fuhr und in ihrer Zerstreutheit herumgaffend alles verschüttete. Harn und Stuhl liess sie jahrelang unter sich. Die Menstruation blieb aus, die Brüste entwickelten sich gar nicht (ein Status genital. war nicht zu erheben). Das Sehvermögen scheint keine Störungen erlitten zu haben. Sie starb nach mehrmonatlichem Bettlager am 10. Januar 1898 im 17. Altersjahre. Verlaufsdauer der Krankheit etwa 6½ Jahre. Zwei ältere Brüder von 19 und 22 Jahren vom selben Vater sind völlig gesund und berufstüchtig. Zwei jüngere Geschwister von 8 und 10 Jahren von einem Stiefvater sollen ebenfalls gesund sein. Die Kranke war nie in ärztlicher Behandlung.

Erst wenige Stunden vor dem Tode wurde ein Arzt gerufen, der den Zustand für hoffnungslos erklärte und sich jedes Eingriffes enthielt. Die Sektion unterblieb.

---

2. Ernst K.

4-jährig. Aufgenommen 12. Oktober 1888.
Gestorben Mitte 1894.
Vater, Landwirt, Gelegenheitspotator.
Mutter, Hausfrau, gesund.
Eine Schwester gesund, eine der Paralyse verdächtig (1887 im Spital beobachtet).
Ein Bruderssohn des Grossvaters mütterlicherseits im Irrenhaus.

Patient kam rechtzeitig und normal entwickelt zur Welt; wir hören nur, dass die Mutter während der Gravidität etwas anaemisch gewesen sei. Mit einem Jahr lernte er gehen und sprechen; der Gang war später sicher. Er hat keine Kinderkrankheiten durchgemacht, und war bis zum Frühjahr 1887 völlig gesund und intelligent. Um diese Zeit wurden die Eltern aufmerksam auf gewisse Veränderungen im Wesen und Betragen des Knaben. Er fiel öfters mitten im Laufen um, oder schüttelte sich im Stehen, wie wenn es ihn am ganzen Leibe jucken würde. Dazu zeigte er Furcht vor Sachen, mit denen er früher gerne spielte. Selbst vor seinem Vater fürchtete er sich, als dieser gelegentlich anders als gewöhnlich bekleidet war. Sollte er den Namen von Gegenständen bezeichnen, so irrte er sich oft, verwechselte sogar Vater und Mutter. Die Geschicklichkeit der Hände hatte nachgelassen; er macht sehr unsichere Bewegungen damit. Zuweilen hat man den Eindruck, als sehe der Kleine nicht mehr gut. So findet er beispielsweise auf dem Boden liegende Gegenstände oft lange nicht. — Vom Januar bis Mai 1888 litt er an hartnäckigem Ekzem beider Ohren. Er soll oft klagen über kalte Hände und Füsse; umgekehrt wurde konstatiert, dass diese sich zuweilen sehr heiss anfühlen.

Die Untersuchung ergab folgendes: Mittelgrosser, gut entwickelter Knabe von gesundem Aussehen und gutem Panniculus adiposus. Muskulatur schlaff. Am Schädel keine Abnormitäten. Gesichtsausdruck furchtsam, etwas starr, Augenbewegungen intakt. Pupillen gleich, mittelweit, gut reagierend. Die Opticuspapille beidseits auffällig weiss; die Gefässe der Retina sehr enge und schmal. Die Veränderungen links wohl etwas stärker ausgeprägt; daselbst die Opticusscheibe auch oval. Keine Deformitäten der Zähne. Die innern Organe intakt. Ganz unbeholfen, etwas wackelnd, gespreizt, wie wenn Neigung zum Vornüberfallen vorhanden wäre. Die Sprache sehr undeutlich und näselnd. Beim essen grosse Gefrässigkeit. Patient stopf sich den Mund so voll, dass immer ein Teil der Speisen wieder herausläuft; zu-

weilen greift er direkt mit den Händen in die Platte. Die Spielsachen wandern alle in den Mund, wie bei ganz kleinen Kindern.

Gegenüber seinen Zimmergenossen zeigt er sich nicht sehr verträglich; er pflegt sie zu beissen, wenn sie ihm hinter seine Sachen kommen. Urin und Stuhl lässt er meist unter sich. — Fusssohlenreflex sehr schwach; Patellarreflex etwas verstärkt. Fussclonus fehlt, Tricepsreflex vorhanden. Alle Muskeln auf den faradischen Strom gut reagierend.

---

3. Lina K.

7-jährig. Aufgenommen 12. Dezember 1887.
Gestorben Anfangs 1891.
(Personalien s. Ernst K.)

Das Kind wurde ausgetragen geboren; die Geburt verlief normal. Es entwickelte sich gut, war kräftig und schön gebaut. Mit 5/4 Jahren konnte es gehen und sprechen, war aber von der frühesten Kindheit an mit einem Ausschlag behaftet, der zweifellos heftiges Zucken verursachte, und die Kleine bald mehr bald weniger plagte. Sonst war sie ganz wie andere Kinder ihres Alters. — Sie mochte drei Jahre alt sein, als die Eltern ein auffälliges Geifern konstatierten, das sie früher nie beobachtet hatten, zudem wurde nach einiger Zeit der Gang der Kleinen unsicher, watschelnd; oft fiel sie um. Trotz ärztlicher Hülfe liess sich der Zustand nicht bessern, vielmehr verschlechterte er sich von Monat zu Monat. Bald stellten sich auch Sprachstörungen ein, und im Laufe von etwa einem Jahr konnte das Kind nicht mehr sprechen und wurde immer teilnahmsloser. Auf dringendes Anraten des Arztes kam die Patientin zur Beobachtung ins Kinderspital.

Status der Aufnahme. Patientin liegt teilnahmslos da, fixiert nicht, scheint aber zu sehen. Sie kratzt sich fast beständig irgendwo, mit Vorliebe an der Vulva, und schreit viel. Ein Versuch, sie zu setzen, oder zu stellen, misslingt, sie fällt einfach zusammen. Dabei gerät sie in allgemeine Zuckungen, die nach einiger Zeit wieder verschwinden. Kneifen oder etwas derbes Berühren des Integumentes hinterlässt auffallende Rötung. Von den Reflexen sind der Patellar- und Tricepsreflex gesteigert. Beim Kitzeln der Fusssohlen und der Bauchdecken äussert Patientin Missbehagen, kann aber nicht abwehren. Mit dem Munde macht sie beständig Kaubewegungen, gibt man ihr aber zu essen, so behält sie die Speisen ungekaut im Munde. Der Schluckakt ist deutlich gehemmt. Die Pupillen reagieren beiderseits, und sind mittelweit. Der Augenhintergrund zeigt sowohl rechts wie links das Bild einer abgelaufenen Neuritis optica: blasse Papille und enge Gefässe. Die innern Organe sind intakt. Herzaktion langsam, 70 Pulse. Es besteht secessus involunt. Schädel durchaus normal gebaut; grösster

Umfang 48,5 cm, bitemporal 11,5 cm, Brustumfang 52 cm, Körperlänge 115,5 cm.

Ueber den Verlauf der Krankheit der Kinder Keller berichtet der Hausarzt etwa folgendes:

Lina starb nach 7-jähriger Dauer des Leidens im Jahre 1891
Ernst „ „ 4- „ „ „ „ „ „ 1894;
er erlag einer Schluckpneumonie; Lina an Marasmus.

Beide Kinder waren in den ersten Lebensjahren körperlich und geistig gut entwickelt und berechtigten zu den besten Hoffnungen. (Der Vater fügt bei, dass Ernst mit vier Jahren auf einem Kavalleriepferd so sicher sass, dass Jedermann seine Freude daran haben musste.)

Der Verlauf der Krankheit war bei beiden Kindern derjenige einer zunehmenden Verblödung. Elementare Erregungszustände wurden nicht beobachtet, doch traten anfänglich häufig Anfälle von Schreien, Zuckungen und Zittern am ganzen Leib auf. Die beim Knaben objektiv zu verfolgende Opticus-atrophie steigerte sich bis zur totalen Erblindung. (Der Vater berichtet, dass der Kleine im Beginn der Sehstörung häufig Gegenstände verkehrt oder verschoben percipierte, und beispielsweise an den Türen das Schloss auf der Angelseite suchte.)

Die körperliche Entwicklung sistierte keineswegs; die Kinder wuchsen, aber es traten Lähmungen an den Extremitäten auf. Diese selbst waren sehr atrophisch. Contracturen wurden nur in den Füssen beobachtet, die in starke Equinusstellung rückten.

Die Sprache nahm successive ab; schon $1^1/_2$ Jahre nach der Erkrankung konnten die Kinder nicht mehr sprechen.

Schlingbeschwerden waren häufig; öfters trat Verschlucken ein Der Zustand der Sphincteren war bis gegen den Exitus ein guter; gegen ab und zu vorliegende Obstipation wurden Klysmata gebraucht.

Esssucht und Fettansatz wurden nie beobachtet, auch nicht vorübergehend. Beide Kranke waren beim Tode bis zum Skelett abgemagert.

Als aetiol. Moment dürfte ein Trauma auszuschliessen sein. Beide Ehegatten waren stets gesund, und stammen aus gesunden Familien vom Land. Die Aetiologie bleibt für mich völlig dunkel.

Die noch lebenden zwei Geschwister sind von derselben Mutter, eine Tochter von 20 Jahren und ein Sohn von 9 Jahren. Beide sind sehr intelligent.

III.

Die vier folgenden Krankengeschichten erlauben zur Zeit keine bestimmte Klassifizierung, da es unmöglich ist, auseinander zu halten, welche von den psychischen Störungen der Ausdruck sind des erhöhten Verbrauches von Hirnsubstanz durch die vorausgegangene anhaltende Fieberbewegung (Erschöpfungspsychose nach Kraepelin), was dem Einfluss der hohen Bluttemperatur an sich zugeschrieben werden muss (Fieberdelir), und welchen Anteil endlich bestimmte Toxine, die im Verlaufe jeder febrilen Erkrankung eine Rolle spielen, an den Erscheinungen haben. Kraepelin hat bekanntlich auch für diese komplizierten Verhältnisse eine Einteilung gegeben, allein es erscheint doch sehr fraglich, ob sie überall durchführbar sein wird, da eben jede von Fieber begleitete Erkrankung sowohl durch die blosse Temperatursteigerung, als auch durch endogene und exogene Toxine, oder durch Erschöpfung der Hirnsubstanz zu psychischen Störungen führen kann. Wie der Effekt im Einzelfalle sein wird, ob alle diese Faktoren gleichmässig wirken, oder ob der eine oder andere in dominierender Weise zur Geltung kommt, hängt von den besonderen Verhältnissen ab. Die Intensität und Dauer der Fieberbewegung, Qualität und Quantität der Infektionserreger oder der Autotoxine, Alter und Resistenzkraft des betroffenen Organismus, die Art der möglichen und eingeleiteten Heilversuche, und andere Momente, kommen hier sehr wesentlich in Betracht.

1. Gottlieb L.

2½-jährig. Aufgenommen 25. III. 1897.
Vater, Webermeister, gesund.
Mutter, Hausfrau, gesund.
Familie anscheinend frei von irgend welchen Krankheiten.

Das Patientchen machte vor 14 Tagen Varicellen durch, schien sich aber sehr gut davon erholt zu haben. Plötzlich aber erkrankte es abends 4 Uhr mit hohem Fieber 40,2° C und musste zu Bette gebracht werden. Nachts 3 Uhr schrie es auf und zeigte Convulsionen am ganzen Körper, schien bewusstlos und atmete nicht, „bis der Vater den Mund aufgebrochen habe.“ Die Convulsionen dauerten fünf Minuten, das Bewusstsein kehrte erst nach einer halben Stunde wieder. Nach dem Anfall guten Schlaf bis am Morgen. Beim Erwachen war eine grosse Schreckhaftigkeit an dem Kleinen zu beobachten, und sehr bald erschienen wieder die allgemeinen Muskelzuckungen. Er wurde bewusstlos und fiel in Delirien. Dann ein ruhiges Intervall von mehreren Stunden, das von einem dritten Anfall abgelöst wurde mit Dyspnoe, Convulsionen und Delirien mit nachfolgender Bewusstlosigkeit, die über 24 Stunden anhielt.

Die Untersuchung ergab eine recht ordentliche körperliche Entwicklung. Fieberhafte Rötung der Wangen, starke objektive Erhöhung der Hauttemperatur, Puls gut gefüllt, regelmässig, 120 Schläge per Minute. Pupillen gleich, etwas weit, träge reagierend. Sensorium total benommen. Die innern Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Alle Reflexe exquisit gesteigert, besonders Patellarreflexe und Fussclonus.

Nach 24 Stunden erwachte der Kleine aus seiner Benommenheit, fiel bald darauf in einen tiefen ruhigen Schlaf, der ihn zu völligem Wohlsein hinüberleitete. Er wurde nach 5 Tagen ganz gesund entlassen. Die Eltern versichern, dass kein Trauma oder irgend etwas Ungewöhnliches dem Fieberanfall vorausgegangen sei.

Katamnese: Patient war seither nie mehr krank. Er ist gut entwickelt und psychisch vollkommen normal.

---

2. Alfred O.

12-jährig. Aufgenommen 15. IV. 1882.
Vater, Schneider, gesund.
Mutter gesund.
Drei Geschwister des Patienten gesund.
Eine Schwester des Vaters geisteskrank.

Anamnestisch erfahren wir, dass Patient vor Kurzem eine Pneumonie durchgemacht hat, die ihn 14 Tage ans Bett fesselte. Die Krank-

heit verlief in typischer Weise, scheint aber eine bemerkenswerte Schwäche der Hirnnerven zurückgelassen zu haben, die sich durch Unruhe und Aengstlichkeit kund gab. Ein sich entladendes Gewitter verschärfte diese Symptome derart, dass Patient in höchster Aufregung, und bei völligem Fehlen des Bewusstseins, bei zwei Stunden beständig zusammenhangloses Zeug schwatzte. Darnach Rückkehr in den erwähnten latenten Aufregungszustand, der die Eltern veranlasste, um Aufnahme in das Krankenhaus nachzusuchen.

Die Eintrittsuntersuchung konstatierte einen gut entwickelten Körperbau, starke Struma, Schmerzhaftigkeit der Regio hypogastrica dextra und der rechten Ileocoecalgegend. Genua valga. Innere Organe im Uebrigen ohne nachweisbare Veränderungen. An den Pupillen nichts Besonderes. Patient auffällig erregt, unruhig, ängstlich, beim kleinsten Geräusch erschrocken zusammenfahrend. Sensorium frei.

Gleich nach der Aufnahme brennt er im blossem Hemde durch; ins Haus zurückgebracht wiederholt er den Fluchtversuch noch mehrmals, wobei er der Wärterin lachend entgegnet, er habe nur seinen Onkel besuchen wollen und wäre nachher schon wieder zurückgekommen. Er lebte in beständiger Aufregung, begehrte einmal durchaus Briefe zu schreiben, zeigte sich aber so zerfahren, dass man ihm die Gedanken sagen musste, worauf er sie mit auffälliger Hast zu Papier brachte. (Dem Bruder schrieb er: „Komm und besuche mich, es wird dir hier gut gefallen; bringe auch Vater und Mutter mit.“ Bei der Schwester erkundigte er sich nach dem Befinden, ebenso nach demjenigen der Eltern. Die Mutter bat er um Kleider und Geld, damit er nach Hause kommen könne, denn er sei völlig gesund; der Vater endlich sollte herkommen, um ihn heimzuholen.) Alle Augenblicke sprang er aus dem Bett; lief unter anderem auch in den Nachbarsaal an die Bettstelle eines andern Kranken, bewegte dessen Augenlider auf und nieder, „um zu sehen, ob er schlafe“. Ein anderes Mal setzte er sich im Hemde auf die Veranda, legte sich auch mehrmals zu andern Kindern ins Bett, „weil er sich fürchte.“ Im Bette legte er sich nie hin, sondern kauerte beständig, die Beine angezogen. — Spielte er, so war besonders augenfällig, wie rasch und kontinuierlich er die Gegenstände seines Interesses wechselte. Plötzlich lässt er alles liegen und will wieder fort. Nachts schreckt er öfters auf: der Schlaf ist kurz und unruhig.

Unter hydrotherapeutischen Proceduren (lauen Bädern, Packungen) Bromkali und Chloralhydrat trat vom vierten Tage ab eine sichtliche Besserung ein; die Unruhe legte sich, die Nächte wurden besser und im Verlaufe etwa einer Woche kehrte der Zustand völlig zur Norm zurück. Geheilt entlassen.

Katamnese: Der Vater schreibt: Mein Sohn Jakob lebt und ist gesund. Er wurde, seit sie ihn in Behandlung hatten, von keiner ähn-

lichen oder andern Krankheit mehr befallen, wählte den Beruf eines Landwirtes und ist in jeder Beziehung gut entwickelt, gross und stark.

---

3. Ida B.

4½-jährig. Aufgenommen am 20. VI. 1892.

Vater, Anrüster, gesund.

Mutter, Hausfrau, gesund.

Zwei Geschwister des Vaters an Phthisis pulm. gestorben.

Sechs Geschwister der Patientin gesund.

Der Aufnahme in das Spital ging ein Keuchhusten voraus, dem eine rechtsseitige Pneumonie rasch folgte. Das Resolutionsstadium war sehr protrahiert und kompliziert durch eingenartige Hirnsymptome, wie häufiges Aufschreien, Hässigkeit, fortwährendes Umherwerfen des Kopfes und dergleichen. Wegen Verdacht auf Meningitis — es bestand aber keine Nackenstarre — Ueberweisung ins Spital. Die Eltern erzählen, dass ihr Töchterchen kurz vor der Erkrankung an Keuchhusten im Nachbargarten Blumen abgerissen habe und daraufhin vom Nachbar verfolgt und über Kopf und Rücken tüchtig abgeprügelt worden sei. Ganz verstört und eingeschüchtert nach Hause gekommen, verkroch sich die Kleine in eine Zimmerecke und machte einen so beängstigenden Eindruck, dass die Eltern sie sofort zu Bette brachten. Tags darauf wieder ganz normal.

Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab folgendes: Mittelgrosses graciles, anaemisches, abgemagertes Mädchen. Deutliche Dämpfung rechts oben, sowohl vorne als hinten, kleiner Puls, Temperatur etwas erhöht, sehr beschleunigte Athmung, starke Jactation, Sensorium leicht benommen. Die Pupillen weit, aber gleich, gut reagierend; deutliche Hyperaesthesie bei Berührung der Körperoberfläche.

Schon in den ersten Stunden des Aufenthaltes auf der Abteilung fiel auf, dass Patientin nicht sprach, wohl aber genau verstand, was man ihr sagte. Dazu beobachtete man Zwangsbewegungen: Tendenz, sich auf die rechte Seite zu drehen, sich mit der linken Hand im Gesicht zu kratzen und die Beine stark zu adduzieren.

Nach fünf Tagen war die Dämpfung über der rechten Spitze fast verschwunden, die Unruhe geringer, Athmung und Puls ruhiger, der Schlaf aber noch unruhig und von Aufschreien (pavor. noct.) unterbrochen. In der linken Axilla hatte sich ein faustgrosser fluct. Tumor entwickelt, der in Narcose incidiert wurde und etwa 150 Kubikcentimeter grünen, rahmartigen Eiters entleerte. Immer noch totale Aphasie. Das Befinden wurde durch die Incision nicht im geringsten günstig verändert; Patientin blieb anhaltend deutlich benommen, zeigte auch ausgesprochene Parese des rechten Armes, den sie nur selten bewegte,

und leichte Ataxie bei Bewegung des linken Armes. Nach zwei Tagen im Laufe des Nachmittags ein plötzliches schreckliches Aufschreien. Die herbeieilende Wärterin fand die Patientin mit angsterfüllten Blicken immer nach einer bestimmten Stelle im Bette hinstarrend, zitternd und in unbeschreiblicher Unruhe, mit den Aermchen fortwährend Abwehrbewegungen in der betreffenden Richtung machend. Dieser Zustand dauerte mehr oder weniger intensiv bis zum Einbruch der Nacht, worauf Patientin unter der Einwirkung von kleinen Dosen von Bromkali ruhiger wurde, aber nicht in Schlaf fiel. Von nachts 2 Uhr bis in der Frühe wiederholte sich die Szene noch verschiedene Male, dann folgte ein ziemlich ruhiger Tag. Gegen Abend hin neue Eruption. Ausser dem angsterfüllten Aufschreien gab die Kranke keinen Laut von sich, liess Stuhl und Urin unter sich. Die Nahrungaufnahme war vollkommen geregelt.

Unter dem Gebrauch von Sulphonal (abends 0,2) gelang es einen tiefen und anhaltenden Schlaf zu erzielen, der bald eine wesentliche Besserung des Zustandes zur Folge hatte. Nach wenigen Tagen schon zeigte sich die Kleine ganz munter und lachte vergnügt, wenn man mit ihr spielte. Sie verstand genau, was man ihr sagte, sprach aber noch immer kein Wort. Liess man sie allein spielen, so offenbarte sie eine wahre Zerstörungswut an den Spielsachen, spielte aber sehr zufrieden und ganz natürlich, wie gesunde Kinder. Appetit exquisit. Im Laufe von etwa 20 Tagen verloren sich auch die erwähnte Hyperaesthesie, ebenso die Gemütsveränderungen; die Motilitätsstörungen verschwanden bis auf die Aphasie, die am längsten vorhielt. Man bemerkte oft Versuche zu sprechen, aber es gelang nicht. Erst nach und nach kamen einzelne Worte zum Vorschein, dann kurze Sätze, und erst nach der Entlassung kehrte die Sprache nach Bericht der Mutter rasch und vollkommen wieder zurück.

Katamnese: Das Töchterchen ist zur Zeit elfjährig, körperlich und geistig gut entwickelt, und besucht noch die Schule. Es lernt ordentlich und mit Lust und Liebe. Ein recht kindliches frohmütiges Wesen! Die Eltern, drei ältere und zwei jüngere Geschwister sind ganz gesund. Im äussern Auftreten bemerkt man an der Kleinen unschwer eine gewisse Unruhe und Hast, doch anwortet sie auf gestellte Fragen ruhig und gut. Die Mutter erzählt, dass die Kleine ein sehr impressibles Gemüt besitze, und fast regelmässig nach starken Eindrücken nachts im Traume das Erlebte wie im Wachzustande reproduziere, sonst äussert sie sich durchaus befriedigend über den Gesundheitszustand.

4. Moritz P.

Zweijährig. Aufgenommen 1. März 1879.

Vater, Erdarbeiter, gesund.

8 Geschwister gesund.

Keine Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie.

Die Mutter, seit 10 Jahren jedes Jahr Gravida, wurde in der letzten Schwangerschaft (an diesem Kind) sehr nervös und gemütlich aufgeregt. Sie liess sich als Gravida immer venaesecieren. Drei Wochen vor der Geburt des Moritz musste sie wegen der goldenen Ader (wohl Haemorrhoiden) in ein Frauenspital verbracht werden, was sie sehr ängstigte. Die Geburt ging später leicht vorüber.

Das erste halbe Lebensjahr des Kleinen verlief ohne Besonderheiten. Etwa zu Beginn des 8. Monats zeigten sich Varicellen, von denen auch zwei seiner Geschwister mitbefallen wurden. Die Affektion verlief scheinbar gut, doch halten die Eltern daran fest, dass das Kind seit dieser Zeit böse und unruhig geworden sei und nicht mehr habe schlafen können. Auch soll es abnorm viel getrunken und entsprechend überreiche Diuresen gezeigt haben. Nachts setzte es sich oft im Bette auf und schaute um sich, wie wenn es etwas suchte; blickte man es dann an, so brach es in ein wahres Gebrüll aus. Häufig stund es auf und begann zu spielen, oder es weckte seine Geschwister. Selten schlief es mehr als 4—5 Stunden, oft ganze Nächte hindurch gar nicht, tagsüber fast nie. Es fürchtet sich im Dunkeln zu sein und dennoch ist es am liebsten für sich. Gelegentlich hält es den Kopf mit beiden Händen, schliesst die Augen und dreht das Gesicht gegen die Wand. Das geschieht ganz regelmässig, wenn es fremde Leute erblickt. Gegenüber seinen Geschwistern pflegt es ausgelassen zu sein und sie viel zu plagen.

Status der Aufnahme: Prächtiger, gut entwickelter Knabe. Stirne etwas schmal, Kopf ohne Asymmetrien. Das Cranium gegenüber dem Gesichtsschädel etwas klein. An den innern Organen keine Veränderungen. Die Eltern geben nachträglich an, dass der Kleine eine zeitlang eitrigen Ausfluss aus einem Ohr gehabt habe. Zur Zeit hört er gut, von Ausfluss ist nichts zu bemerken. Beginn der ersten Dentition mit dem 6. Monat; mit einem Jahr konnte Patient gehen.

Krankengeschichte. In der ersten Nacht erwachte der Kleine dreimal und schrie jedesmal eine volle Stunde. Es gelang der Wärterin nicht, ihn zu beschwichtigen. Die zweite Nacht schrie er nur zweimal; die dritte schlief er vom Abend bis zum Morgen, Tagsüber spielte er mit Vorliebe. Bei Annäherung fremder Personen, oft aber auch spontan, erhebt er einen grossen Lärm. Er kennt seine gewöhnliche Umgebung ganz genau, gibt den Aerzten jeweils freundlich die Hand zum Gruss. Auf gestellte Fragen antwortet er deutlich mit ja oder nein; etwas anderes bekommt man nicht zu hören.

Da innert Monatsfrist bei rein expertativer Behandlung der Schlaf sich befriedigend besserte, Patient nur vereinzelt nachts noch aufschrie, wurde er entlassen. Das Angstgeschrei beim Anblick fremder Personen bestand noch immer fort. In der Anstalt wurde von abnormem Durstgefühl und starken Diuresen nichts beobachtet; der Harn war nie auffällig verändert; das Körpergewicht blieb stabil.

Katamnese: Die Heimkehr von der Anstalt nach Thalweil brachte die Eltern in grosse Verlegenheit. Der Kleine brüllte aus Leibeskräften, so oft fremde Personen, Pferde oder kleine Tiere, Hunde oder Katzen, in Sicht kamen. Das Verhalten zu Hause soll dann bis zum 7. Jahre ähnlich gewesen sein, wie vor der Aufnahme ins Spital. Doch trat die Furcht vor Tieren und fremden Leuten nach und nach weniger zu Tage. Um diese Zeit wurde der Knabe, der körperlich und geistig gut entwickelt war, zur Schule gebracht. Er absolvierte ohne Unterbruch und mit bestem Erfolg die Primar- und Sekundarschule, und erlernte dann den Beruf eines Seidenfärbers, dem er heute noch obliegt. Er soll immer leicht erregbar gewesen sein, — hitzig — wie die Eltern angeben, aber in gesunden Stunden von mildem, verträglichem, seelengutem Wesen. Bis zum 17. Jahre war er häufig von unerträglichen Kopfschmerzen geplagt, so dass er oft ausrief, „oh mein Kopf; wenn ich nur bluten könnte.“ Meistens stellte sich nämlich, nachdem der Schmerz stundenlang persistiert hatte, eine abundante Blutung aus der Nase ein, worauf die Schmerzen sofort nachliessen. Zeitweise war er ganz ohne äussere Ursache so gereizt und unzugänglich, dass niemand wagen durfte, ihn anzureden; dann wieder zeigte er unüberwindliches Schlafgefühl, so dass er nur heimkam, sei es aus der Schule oder von der Arbeit, um sofort einzuschlafen. Er pflegte an solchen Tagen jede Nahrung zu verweigern. Die Pupillen waren meist auffällig weit, die Halsadern stark geschwellt, der Schlaf immer unruhig. In Gesellschaft soll er sehr beliebt gewesen sein. Er konnte durch seine Erzählungen und seine Produktionen die Gespielen ganze Abende fesseln. An schönen freien Tagen waren Wald und Feld sein Lieblingsaufenthalt. Sein ständiger und unbezwinglicher motorischer Trieb liess ihn da am besten Genüge finden. Kein Baum war ihm zu hoch, um ihn nicht zu erklettern. Kein Weg zu weit; im Laufen und Turnen that es ihm Keiner gleich. Er besass eine erstaunliche Körperkraft. Alkoholische Getränke musste er so viel als möglich meiden, weil sie ihn zu sehr reizten. Eine Photographie, die ihn als Turner darstellt, zeigt uns einen schmucken, gross und kräftig gebauten, jungen Mann mit freiem Blick und intelligentem Gesichtsausdruck. Das Gesicht bildet ein schönes Oval, die Augen liegen unter etwas vortretendem Margo supraorbit. Die Haare sind dicht, kurz gehalten und leicht nach hinten gekämmt. Die Angehörigen wollen bemerkt haben, dass seit zwei Jahren (der junge Mann zählt jetzt 20 Jahre) der Zustand wesentlich

besser wurde, dass die krankhaften Erscheinungen mehr und mehr zurücktraten; der Jüngling soll viel ruhiger, gleichmässiger, gesetzter und besonnener geworden sein, so dass ihn seine Eltern mit weniger Sorge in die Fremde ziehen lassen konnten. Zur Zeit ist er in Wien, von wo er schreibt, dass der Eintritt in die Geschlechtsreife einen wohlthuenden Einfluss auf sein Befinden gehabt habe. Ueber die Aeusserung des Geschlechtstriebes ist nichts auffallendes vom ihm zu hören, dagegen bemerkt er, dass er ab und zu Anwandlungen von Schwermut habe und in letzter Zeit wieder viel von Kopfschmerzen geplagt sei, die sich erst nach Eintritt eines starken Nasenblutens verlieren.

Was die Angehörigen anbelangt, so ist der Vater ein 62jähriger, grosser, freundlicher, ruhiger Mann, der langsam und mit Ueberlegung spricht, während die Mutter, 60jährig, ebenfalls gross, aber etwas schwächlicher aussehend, äusserst lebhaft von einem aufs andere springt, und wie sie selbst angiebt, stets sehr leicht erregt sei. Sie hat 14 gesunde Kinder geboren, die fast alle erwachsen und selbständig sind. Unser Patient ist das zweitjüngste.

Der Vater ist Unternehmer und lebt augenscheinlich in ganz guten Verhältnissen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinen verehrten Lehrern,

Herrn Prof. O. Wyss

und

Herrn Prof. E. Bleuler

einerseits dem erstern für die gütige Ueberlassung des Materials, andererseits insbesonders dem letztern für die für die Bearbeitung nötige Wegleitung meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Der Verfasser.